

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° S19-0002096

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 963

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABRAN LAHIA

Date de naissance : 01/01/52

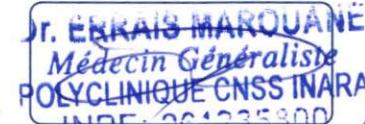
Adresse :

Tél. : 2168

Total des frais engagés : 125,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Calopatlie fongique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 11/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/09/99	CN		125, 15 DH	Dr. ERRAIS MAROUANE Médecin Généraliste POLYCLINIQUE CNSS INARA INDE N° 1225800

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° IPP :	512776	N° SEJOUR :	220037794	<b>FACTURE N° 2205011728</b>	DATE D'ENTREE : 25/09/2022	DATE DE SORTIE : 25/09/2022		
ASSURE :								
MALADE :	SABBAR,Zahra		UF: 5002 URGENCES	DESTINATAIRE :				
NOM JEUNE FILLE :			N° IMMAT C.N.S.S :	SABBAR,Zahra				
TIERS PAYANT 1 :			N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
TIERS PAYANT 2 :								
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :					

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b> CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b> NO-SPA INJ	N105	1.00	4.22	4.22					0.00	4.22
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				0.93					0.00	0.93

Intervenant : 10675 DRERRAIS MAROUANE GENERALISTE	TOTAUX :	125.15								125.15
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT CINQ DHS ET QUINZE CENTIMES	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	125.15					AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00								

DATE FACTURE : 25/09/2022	EDITEE LE : 25/09/2022	PAR: KAABAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
---------------------------	------------------------	-------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

VISA	N° DE POLICE :									DATE AT :
------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------



Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
BANQUE :	BMCE - INARA
N° compte bancaire :	011.780.0000 54 210 00 60 016 91