

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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)

M22- 0011259

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 325

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAQ HIR MUSTAPHA

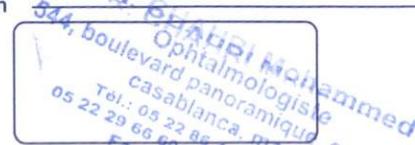
Date de naissance :

Adresse :

Cité INARA Immeuble 10  
Tél. : 0648938445 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ZEYNAH FAZIMA b. SIDI MOHAMMED Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hépatite C

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent : .....

## 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
16.08.2022	1680		1200,00	DR. CHAHID Opticien 104, boulevard pa casablanca Tél.: 05 22 65 29 66 60 Fax.: 05
			1 sejour assez difficile	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		<p>16 96 isa qri arc s / 39 20 2250 15.15</p> <p>California, /</p>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

**(Création, remont, adjonction)**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**NOTE D'HONORAIRES**

Casablanca le 16.08.2022

le Docteur.....

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

BELKHIRAT FATIMA op SAGH R

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

I second 1800 Dhs  
pour  
l'oeil droit l'oeil gauche

Soit la somme de: 1200,00 Dhs

1200,00 Dhs  
pour  
l'oeil droit l'oeil gauche

Dhs

**Cachet et signature**

**CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE**  
544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
Tél. 0522 864621 / 0522 501515  
Fax: 0522 864620 / 0522 501515



16/08/2022  
Casablanca le .....

COMPTE RENDU

Nom et Prénom : BELKHAYAT FATIMA EP SAGHIR  
 Date D'Acte : 16/08/2022  
 Médecin traitant : Dr CHAHBI  
 Acte : Séance de laser œil Gauche

- Rétinopathie diabétique
- Nécessitant une panphotocoagulation rétinien
- 1 Séance de laser Argon OG
- 1000 Impacts
- Puissance 400
- Intervalle 0.10

544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
 CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
 Casablanca Maroc  
 Tél: 05 22 88 88 18 / 05 22 50 15 15  
 Fax: 05 22 68 60 00 / 05 22 50 15 15