

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Étage 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



## Déclaration de Maladie

M22- № 003505

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3438

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT RAZAK HAMMOUDAYNE

Date de naissance :

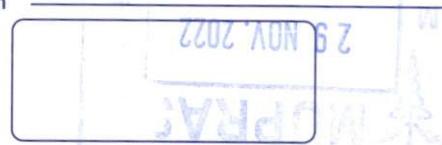
Adresse :

Tél. : 06.69.43.02.08

Total des frais engagés : .. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2022

Nom et prénom du malade : AIT RAZAK HAMMOUDAYNE

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Insin

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

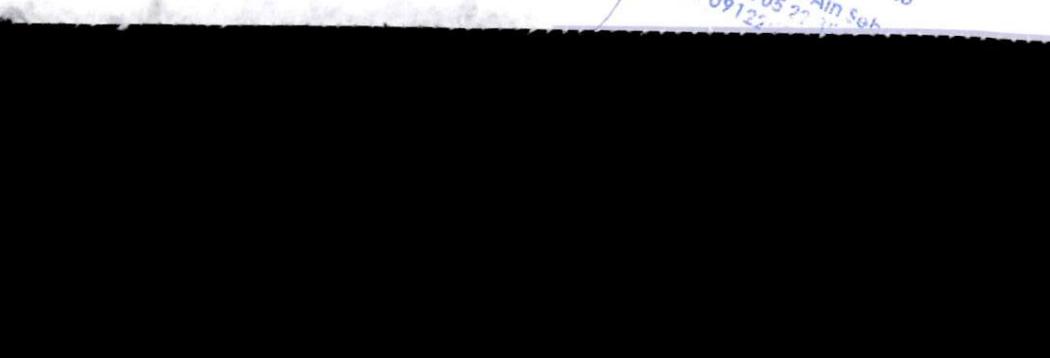
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
11/11/2022	BILAN			<i>DR ABBE BARROU Dr ABBE BARROU Médecin généraliste - Diabète Correspondance : 061 : 0522355283 INSEE : 01220236</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

M-M 22 298,10

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

Ostéopathie  
Traitement de la Douleur  
Médecine Générale

Echogr.  
ECG

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

78,20

PPV: 78DH20  
PER: 09/24  
LOT: L3102



Casablanca, le

الدكتورة أمال بارو

التخسيس و التمية الغذائية  
داء السكري  
طب الإعتلال العظمي  
معالجة الألم  
الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

11/11/2022

Ait Ra Zouk Neloumed

جبل

①



Dr. O.N.



lampois Pd3moris

②

Fer plus Bo  
1pui8 Pd1moris

لائحة - List II - II

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

PPV: 78DH20  
PER: 05/24  
LOT: L1790-4

N° LOT:

EXP:

PPC: 79 DH

15734  
03/2024

DA20151507212DMP/20UCA/RQV2



③. Lorius F-g.  
Topf - de Sig Pd  
X61



2956, 10

Case Number: IN-05-220236  
Date: 05/22/2023  
Offender Name: JAMES RAY  
Offender Address: 1234 BROADWAY  
Offender City: NEW YORK  
Offender State: NY  
Offender Zip: 10001  
Victim Name: MARTIN LUTHER KING JR.  
Victim Address: 40 BROADWAY  
Victim City: NEW YORK  
Victim State: NY  
Victim Zip: 10001