

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

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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 jointe à la feuille de soins les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

146132

Déclaration de Maladie : N° S19-0051600

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 12345 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

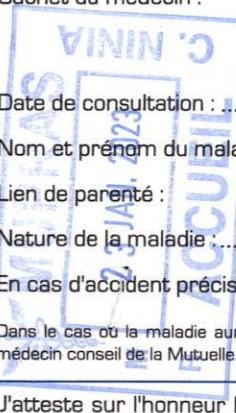
Nom & Prénom : ATTIF Souad Date de naissance : 01.03.1982

Adresse : Lot AL KHOUZAMA Jemaa 29 Appart. 11000 Casablanca

Tél. : 06 61 11 49 86 Total des frais engagés : # 441,10# Dhs

**Dr. Souad AMSAGUINE**  
**PEDIATRE ALLERGOLOGUE**  
548, Lot Haj Fateh  
Tél : 05 22 89 89 58  
INPE : 091011254

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/01/2023

Nom et prénom du malade : ATTIF JOMANA Age : 26 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchite suffisante

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 : CIAC Le : 20/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Docteur et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19.01.23	CS	/	200 DH	Dr. SOUAD AMSAGUINE PEDIATRE ALLERGOLOGUE 548, Lot Haj Fatah Tél : 05 22 89 89 52 INPE : 09102

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE KENZA</b> Hay Kenza II, Zouerat N°2 - Lissat Escabianca - Tél.: 05 22 90 13 00	19/01/2023	2411, 10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 :**

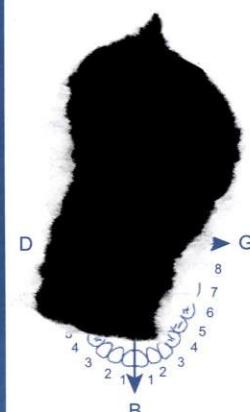
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PEDIATRE - ALLERGOLOGIE**

Spécialiste des Maladies des Enfants et Nourrissons

Diplômée de l'Université de Nancy (France)

Diplômée en Allergologie - Asthme

لفال والرطع  
حساسية  
(فرنسا)

LOT: 5240  
PER: 12 - 24  
PPV: 30 DH 00

Casablanca, Le : ..... 19 JAN. 2023

Enfant ATTIF JOUNANA

70,60

Clavulin susp enfant

PPV: 70,60 DH  
LOT: 649830  
PER: 06/2024

30,00

Betaferen poudre

PPV: 70,60 DH  
LOT: 649830  
PER: 06/2024

150 gouttes + 1/4 + 5 f

après le repas

16,30

Souffren (10)

pulv. nasal + 3 f

21,90

Butoven frirep

10ml x 2 f + 8 f

20,00

Kurtec sirup

1cc + 1/4 + 1

PPV: 20DH00  
PER: 04/25  
LOT: L1383

16,30

مأة الحاج فاتح الطابق الثاني الألفة - الدار البيضاء

548, Bd Oued Daoura Lotissement Haj Fateh

Tél.: 06 43 59 20 85 - 05 22

PPV 11 DH 70  
PER 09 / 25  
LOT L3113

Dolipron Zweg Syrup (Mint)  
In 70 ml flasche x 3 fl. St. freigegeben

241,10



Dr. Souad AMSAGUINE  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
548, Lot Haj Fateh  
Tél : 05 22 89 89 58  
INPE : 091011254

