

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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](http://www.mupras.com)

181318

## Déclaration de Maladie : N° S19-0044923

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 252

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

verur

Nom & Prénom : JACLYN TOULOU Zohra Date de naissance :

Adresse : Habite à

Tél. : 066 1 74 95 45 Total des frais engagés : 350 + 722,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr EL KARDI MOHAMED

Médecin Psychiatre

Clinique Villa des Lilas

Angle Rue Anfa Clubs et Rue des Plate Formes 1

Casablanca

Tél. : +212 522 774 170 / +212 522 051 531

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/10/2023

Nom et prénom du malade : Jahzia Zohra Age :

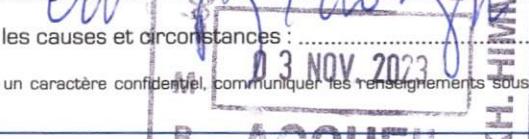
Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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 : 23/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

zohra  
BASE

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Hongrois	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/10/23	CN pay	3,50	12,50	 Dr. KARO Psychiatre 1252 Villa de rue Arnaud et Chabaud 75010 Paris

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PIRAMALIE SOCIÉTÉ Groupe K Rue 154 N° 22/24 El Doura - Casablanca 05289963 005002460000	23/10/23	722,40

## **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.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

23/10/13

Merci pour votre

✓ 16667713675

104100x3

① Almond 200g



✓ 16667713676

1/2

② Tuna 200g

18.40x6

③ Marmalade 1/2

= 722.40

: 1/2 - 1/2

1 mrobm

Dr EL KARDI MOHAMED  
Médecin Psychiatre  
Clinique Villa des Lilas  
Angle Rue Anfa clubs et rue des Plateformes  
Casablanca  
Tél. : +212 522 774 170 / +212 522 774 170 / +212 522 774 170

PHARMACIE SOUTIANE  
GROUPE KHEIRIET N° 23725  
EL Jadida - Casablanca  
Tél. : 0522 95 22 80 / 0522 95 63  
I.C.E : 000500246000026

204,00

18,40

204,00

18,40

204,00

18,40

18,40

PPV 18DH40

LOT 23E002

PER 01-09-06

18,40

PPV 18DH40

LOT 23E002

PER 01-09-06

18,40