

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-802967

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 4856

Matricule :

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

GHABBAR

MOUSTAFA.

188844

Nom & Prénom :

18/05/61

Date de naissance :

16 RUE HESK EULIE

Adresse :

CASA 20200

Tél. :

0661 965 316

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

27/12/2018

Date de consultation :

BEN DELL BEN KARIMA

Age: 196

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

Cerveau

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.

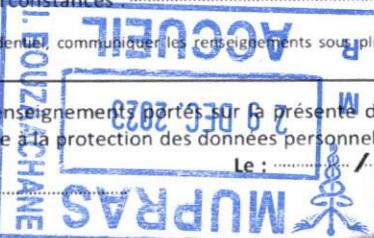
Fait à :

CASA

Le : 27/12/2018

Signature de l'adhérent(e) :

Al



### 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
27/02/23	2	1	300,00	INPE : 091039412 INPE - DELGADO 118, RUE DE LA VOLTA MADRID - CASABLANCA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 0920 PHARMACIE ET LABORATOIRE 67, Rue des Rois - 34000 Montpellier Téléphone : 04 67 84 30 92	27/02/23	1853,72

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

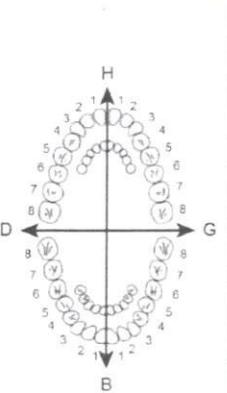
Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

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

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

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433550
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
35533411	11433553	
B		
G		

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapautique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle  
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME  
Lauréate de la Faculté de PARIS

يو بلقاصي جووبيل

أمراض الغدد والتغذية

جامعة الطب بيباريس

M<sup>me</sup> BENJOUNOU Karima

Casablanca, le : 27/12/17

43 GALVUS 50  
390,00 X4  
49,60  
1 cp matin -  
S.V  
1 dose tous le 2 mois  
S.V

Dr. CARIOU - BENJOUNOU  
ENDOCRINOLOGUE  
119, Bd. BIR ANZARANE  
Maârif - CASABLANCA

ID: 652270  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 123,60 DH  
6 118001 140299

31,50  
123,60 1 fl  
119,00 1 fl  
55,00  
34,00 1T  
1853,70  
Syno<sup>2</sup> S.V  
Flixonase S.V  
Amoxil 1g cp. 100 S.V 2/5 - 6/5  
ONFINÉ 1% crème S.V

PPV: 55,00 DH  
LOT: 651591  
PER: 02/25

MACLE AL WOURROUD  
des Roses A.Cole  
36 84  
Pharmacie Responsable

PPV: 31,50 DH  
Suspension buvable - Flacon de 250 ml  
6 118000 191537

م. رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء  
05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 1  
119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - M  
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@ya

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH