

# 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

- Réclamation : 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

111481

## Déclaration de Maladie : N° P19-0003984

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1790

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bandacaud Hamilou Date de naissance : 1958

Adresse : Darouda H3o Alwala

Tél. : 0808548868

Total des frais engagés : 851.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/11/2019

Nom et prénom du malade : HAMILOU BENDACAUD

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hematurie

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 : Casablanca

Le : 08/01/2020

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
22.11.15	c.2.		150 DH	D. MADI BENJELLOUN. H MEDECINE GENERALE 648 BOULEVARD TRESSE 1975 CASABLANCA TEL: 022 37 35 95

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/1/00	221 M/00

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODD.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Nadia BENJELLOUN H.**

Médecine Générale

**ECHOGRAPHIE CLINIQUE**

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Montpellier

Expert Assermentée Prés les Tribunaux  
CU "Douleur et Soins de Support"

الدكتورة نادية بنجلون م

الطب العام

الشخص بالصدى

خريجة كلية الطب بمونبولي

خبرة محلفة لدى المحاكم

"الألم و العلاج بالدعم"

Casablanca, le 22. M - 19 الدار البيضاء، في

n° HAMILOU BEN DAOUD

2x 196150

21 Sep Cen 500mg / 250g de roy

3x 50 mg x 2b x 0.5 ngs x 100

2) - Osmosme

2 tu. 1 ca S.V au couche

3) IBS

1 gélule le matin x 1 mois



**Dr. Nadia BENJELLOUN H.**  
"Douleur et Soins de Support"  
الدكتورة نادية بنجلون  
648 Bd du 6 Novembre 1975 - Hay Jawadi  
Sidi Othman - Casablanca - Tél: 05 22 37 35 95

**196,50**



P.P.V. 1

P.P.V. 2

P.P.V. 3

P.P.V. 4

LOT : 9500000002  
PER : 6 - 10  
PPV : 1 - 4

**196,50**

ma S.A.R.L., Lottissement

PPC:

274 DH

**274**

