

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Education :

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

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3078 Société : NPA 30760

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Bouymina Abdelaaziz

Date de naissance : 30/09/1947

Adresse : Roseline Attadaman Rue 6 n° 64

EL OULFA

Tél. : 650 39 134 Total des frais engagés : 549,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Doctor Mohamed JELLAL  
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris  
24, Rue de Bagdad - CASA  
Tél. 0522 48 27 9499

Date de consultation : 22/06/2009

Nom et prénom du malade : Bouymina Abdelaaziz Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DMD +

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.

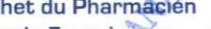
Fait à : Le : / /

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
22.02.2012	1 G	1	1000	Docteur Mohamed JELLAL Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris 24, Rue de Bagdad - CASA Tél. 0622 48 27 88/89

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SA S.A.K.L.A.U ot Sinirada Lise Casablanca 2-1165 20 03	22/06/20	349,45

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

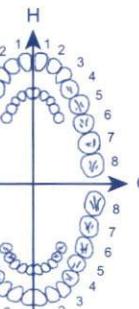
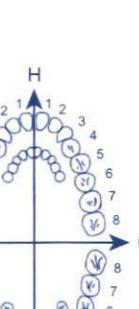
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r l}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION**

# Docteur Mohamed JEILAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél. : 0522 48 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلويز بباريس  
أمراض السكري - السمنة - الكولسترول

المقدمة الدرقية

0522 48 27 88

نحو ٣٠

٩٩ ٥٦ ٢٠

٤٢ ٤٦ ٤٦

١٧ Glucophage

45,90

45,90

٣٢ ٤٩,٤٥

45,20

45,20

٢٧ Glynnure ٠,١ mg

49,40

٣٢ ٦١,٨

49,40

٣٧ Carbimazole ٢٥ mg

49,40

٣٨ ٩,٤٥

18001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

Levothyrox® 25 µg,

nprimés sécables B/30

DPV: 6,80 DH

118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

Levothyrox® 25 µg,

mprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

PHARMACIE SARLAU  
SARLAU  
140 Lot Shiraïda Lis  
Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 65 2

دكتور Mohamed Jeilal

Ex. Assistant C.H.U. St Louis Par...

24, Rue de Bagdad - CASA

.. Tél. 0522 48 27 88

24، زقة بغداد (قرب زقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca