

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

## **Informations 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.

## **Pathologie 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.

## **Prothésiste :**

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 : **02548**

Société :

**33908** **Actif** **Pensionné(e)** **Autre**:Nom & Prénom : **Fallah Boulaâne**Date de naissance : **01/01/1949**Adresse : **18 Rue chakank Amananane Hay Errada Casablanca**Tél. : **0168245007**

Total des frais engagés :

**1061,1**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

**Fallah Boulaâne** MUPRAS Age : 70 Ans **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie :

**MLD**

21.11.2020

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 : **Allal Ben Abdellah**Le : **13/07/2020**

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	13/01/2020	131, 10	131, 10

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DE MÉTIERS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée et pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

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

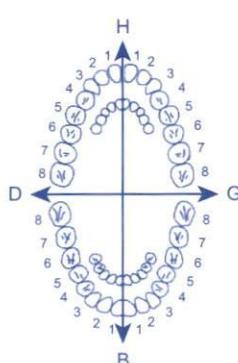
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
P	

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Elgase Le 13/07/2020

## Facture N° 2676

Quantité	Désignation	P. Unit	P. Total
03	Amarel 3 →	9210	= 276,30
05	Glyprufe 1000	28,00	= 140,00
03	Tprost	147,50	= 442,50
04	Albuterol 50	57,70	= 230,80
01	Hiparil	22,50	= 22,50

M61,10



LOT 181762  
EXP 08/2021  
PPV 52.80D

LOT 191920  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191915  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191915  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

**IPROST LP 10 mg**

30 comprimés à libération prolongée

P.P.V : 147,50DH



P.P.V.: 57DH70

LOT: B22816

EXP: 08.2021

**IPROST LP 10 mg**

30 comprimés à libération prolongée

P.P.V : 147,50DH



08,07 = 013P

00,041 = 00,8S

07,5PP = 07,5PP

08,08S = 08,08S

07,11F = 07,11F

01,12M

71,50

P.P.V: 57DH70

LOT: B22816

EXP: 08.2021

P.P.V: 57DH70

LOT: B23055

EXP: 10.2021



P.P.V: 57DH70

LOT: B21994

EXP: 02.2021

