

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

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## Éducation :

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

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

34262

Optique  A

Maladie  Dentaire

12865

Matricule : Cadre réservé à l'adhérent (e) Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

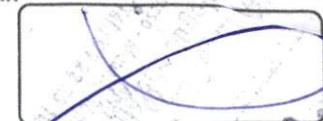
Nom & Prénom : SKIREDJ Habib

Date de naissance : 07/12/89

Adresse : 36, Rue 12 Nette Amg Rue Softane Abdellah Bourgogne Casablanca

Tél. : +224 654 71 771 Total des frais engagés : 322.60

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/01/2020

Nom et prénom du malade : Sara BIALI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 un caractère confidentiel à l'adjudant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) : Habib SKIREDJ



A standard linear barcode is located in the top right corner of the page. It consists of vertical black lines of varying widths on a white background. To the left of the barcode, the number '6 118000 330219' is printed in a small, black, sans-serif font. To the right of the barcode, there is some very faint, handwritten blue ink that appears to be a signature or a note.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Identifiant	Identifiant	Identifiant	Identifiant
000 330219	000 330219	000 330219	000 330219
Identifiant	Identifiant	Identifiant	Identifiant
Identifiant	Identifiant	Identifiant	Identifiant
Identifiant	Identifiant	Identifiant	Identifiant

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/2020	22,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

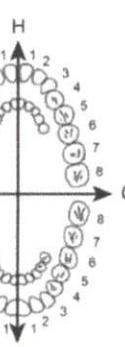
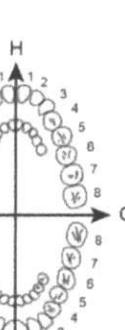
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soi

### Important :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
					<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																
					<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	D		B		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																			
25533412	21433552	00000000	00000000																		
00000000	00000000	35533411	11433553																		
D		B																			
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS																
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Suivi des grossesses normales et à haut risque  
Accouchement  
Echographie Gynécologique et Obstétricale  
Chirurgie Gynécologique  
Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie  
Maladies et Cancer du sein  
Ménopause  
Infertilité du couple



رعاية و مراقبة الحمل  
التوليد  
الفحص بالصدى الصوتي  
جراحة أمراض النساء  
التشخيص والجراحة بالمنظار  
جراحة أمراض و سرطان الثدي  
سن اليأس  
العقم للزوجين

Ordonnance

15/01/2020

الدار البيضاء في :

Casablanca le :  
Mme/Mlle :

SVIRGOS SARLA

1. Tandifus 80 mg 9'

92,60 100 x 315

2. Spofex 250 mg Intronase

15000 x 21

3. Pregocare 9'  
11015



4. relax 86  $\frac{600T}{1 \text{ gde} [CsO]}$

5. shower g  $|g| T$

