

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Nº P19- 051544

Optique 37189  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3128

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HASNADOU SATIMA

Date de naissance :

28-08-60

Adresse : 3 Rue ABDI D'HAIBI 3, 1000 Casablanca

Tél. 0668469996

Total des frais engagés : 250 + 4145,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26-08-2022

Nom et prénom du malade :

HASNADOU SATIMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 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 : 26/08/2022

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
26/03/2019	Cardiologie	1	2500	CHOUALI Abdellah Cardiologue Mustapha El Maani 9 - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/05/2020	14519,95

## **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
		A M	P C	I M	I V	

DEEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

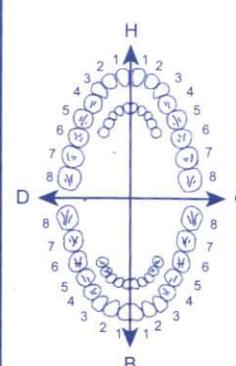
### Important:

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR

VISAS ET SACHETS DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



LOT 200172  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200409  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200167  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200408  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH

158,00

158,00

158,00

LOT 190818  
EXP 02/2022  
PPV 99.00DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain seba Casablanca  
Copivix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 278,00 DH  
6 118001 082018

Ain seba Casablanca  
Copivix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 278,00 DH  
6 118001 082018

LOT 190817  
EXP 02/2022  
PPV 99.00DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain seba Casablanca  
Copivix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 278,00 DH  
6 118001 082018

LOT 191330  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

PPV  
LOT 139,20  
PER

PPV  
LOT 139,20  
PER

PPV  
LOT 139,20  
PER

LOT  
PER  
PPV 37,60

LOT  
PER  
PPV 37,60

LOT  
PER  
PPV 37,60

37,60

37,60

98,30

99,30

98,30

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00