

# 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.

## 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

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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0003110

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 14 OCT 2020

Matricule : 6515 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HANIF ASNAN ép. BELLA

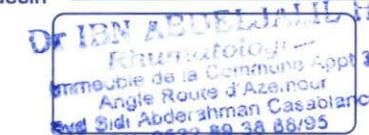
Date de naissance : 13.12.1967

Adresse :

Tél. : 06 73 66 44 87 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 8/10/2020

Nom et prénom du malade : Hanif Asnane Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Tréponème posthépa épilepsie

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 : CHABABIA Le 20 ULI. 2020

Signature de l'adhérent(e) : MB



### 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
8/10/20	C2		250,00	DR 10/10/2020 Ech 10/10/2020 Immeuble de la Région d'Alger Angle Route d'Alger/our Bvd Sidi Abderrahman Casablanca Tel 0522 89 36 86/95

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACEUTIQUE SIDI BOUZID BP 1022 93102 Casablanca	8/10/20	214,120

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 tenu 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of the upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. The diagram is divided into four quadrants: H (top-left), G (top-right), D (bottom-left				



Nom et Prénom :

Ms Houda Asmaa  
Casablanca le : 8/10/20

115,00  
1) Biofreeze gel 50g (21) x 15  
lapp x 21 15

49,60 x 2  
2) Dacee gel (21) (2 baies)  
lapp x 6

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E25  
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E25  
EXP: 05/2023

TEPHARMACIE HAMZA  
Casablanca  
Téléphone: 05 22 89 38 88 / 95  
Email: ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr  
Site: www.houidain.com  
21/10/2020

Dr HOUIDA IBN ABDELJALIL H.  
Téléphone: 05 22 89 38 88 / 95  
Immeuble 500 la Commune, Appt. 3  
Avenue Noureddine Abderrahmane  
Boulevard Sidi Abdellah Ben Slimane Casablanca  
Téléphone: 05 22 89 38 88 / 95

ACC