

# 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.

## Diagnostic 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.

## Rééducation :

- 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 à joindre 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Adhésion 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



44758

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0023636

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4637 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : LAANAYA HASSAN Date de naissance : 1957  
Adresse : LOT EL WAFAA H69 DEROUA  
Tél. : 0661 523895 Total des frais engagés : 2564 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19.05.2020  
Nom et prénom du malade : LAANAYA HASSAN Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : M.T.D.  
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 : ACCUEIL Le : 14/ Mai 2020  
Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVÉ 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
18/05/2020	CS	1	120,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL OUMOU</b> 244, Lot Wafaa Deroua Ferrech Dr. EL MARWANI Othman Tél : 05 22 53 20 54 062047670	19-5/20	1444,00

### 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	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D ————— G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b>                      Fonctionnel, Théran...que, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

**Dr. Narjiss AMEUR**

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

**Médecine Générale**

Diplôme en échographie générale

E.C.G

**الدكتورة نرجس عامر**

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الإستشفائي ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

**الطب العام**

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

Date: ..... 19/05/2020 .....

Nom: ..... Loamya Hassou .....

4x 361.00

10/ EXFORGE HCT 10/160/12.5

10/160/12.5

1000.00

1126506-A17-MA  
6118001030897  
EXFORGE HCT  
10mg/160mg/12.5mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361.00 DH

1126506-A17-MA  
6118001030897  
EXFORGE HCT  
10mg/160mg/12.5mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361.00 DH

DR AMEUR NARJISS  
MEDECIN GENERALE  
540, LOT EL WAFEA DEROUA  
Tél : 02 22 53 27 53

1126506-A17-MA  
6118001030897  
EXFORGE HCT  
10mg/160mg/12.5mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361.00 DH

1126506-A17-MA  
6118001030897  
EXFORGE HCT  
10mg/160mg/12.5mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361.00 DH

Prochain rendez vous: .....

540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)  
540, Lot. Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 27 53