

# 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.

N° P19- 061736

ND: 44834

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 471 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ACHOUR RKia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 9797370

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



Le : ..... / ..... / .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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						
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire								
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>H</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> <td>G</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553	G	<b>Coefficient des</b> <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b> <b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Fin de</b>		
D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553	G						

VOLET ADHERENT		NOM : .....	Mme
DECLARATION N°		W16-066783	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 471																				
Nom & Prénom ACHOUR RKIA																						
Fonction :		Phones :																				
Mail :																						
MEDECIN		Prénom du patient																				
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input type="checkbox"/>	Enfant	<input type="checkbox"/>	Age	Date															
Nature de la maladie		Date 1ère visite																				
Glaucome chronique																						
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																						
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires																			
			CS + FO			350 DH																
PHARMACIE		Date 28/09/2020																				
Montant de la facture		PHARMACIE NARJIS Tél.: 0522-560740522-993868																				
ANALYSES - RADIOPHGRAPHS		Date : 28/09/2020																				
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires																				
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date : <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th>Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires																		
AM	PC	IM	IV																			

# Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact

Casablanca , le



25. 09. 2008

OPHTALMO MED  
PPC  
83.00 DHS  
83,00



63,00

Achour A Kaci

Xe Lin Nigrl  
Say le Soc

Professeur Ouafae Benchekroun  
Ophtalmogiste  
rés. du Palais Bd. Ghandi Casablanca  
Tél. : 0522 26 37 08  
Fax : 062 33 19 36