

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

## entaire :

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

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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060733

ND: 46879

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11.66.1

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSINE

APAF

Date de naissance : 09/08/1972

Adresse : 14 PAVILLON

DATE BOU AZZA

CASAB

Tél. : 0662 512207

Total des frais engagés : 400,00 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 : CASAB

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11.11.1.2020

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
2B MEDICAL 17, Place Charles Nicole Av. 2 Etage 7 Maârif Casablanca Tél: 06 12 24 07 50	11/11/20	✓	✓	✓	✓	400DH

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				FIN D'EXÉCUTION
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DE L'EXÉCUTION

## O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# 2B MEDICAL

22, Angle rue Abou Baker Ibn Zahr  
Quartier Des Hôpitaux Casablanca

FACTURE N°2020-149

Date : 11/11/20

Client: HASSINE AFAF

Désignation	Quantité	Prix uni TTC	Montant TTC
Bandelette glycémie	01	200 dh	400 dh

TOTAL TTC: 400dh

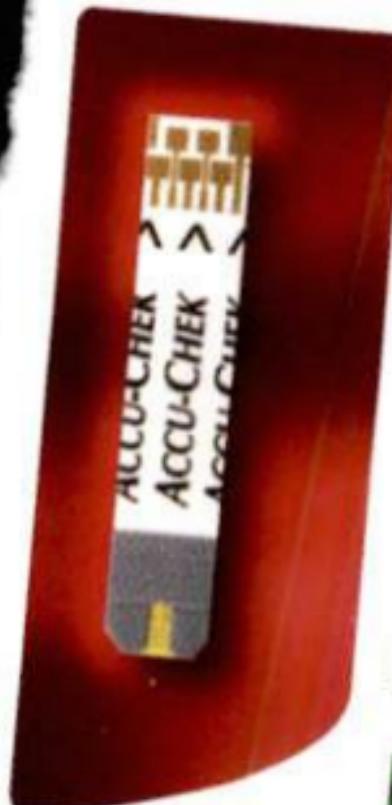
2B - MEDICAL  
17, Place Charles Nicole  
App. 2 Etage 7 Maârif Casablanca  
Tél : 06 12 24 07 50

R.C. :222977 -Patente : 36390180-I.F. :110119050- CNSS : 8507826  
22. Angle Rue Abou Baker Ibn zahr. Quartier des hôpitaux -Casablanca- ICE 000204082000065  
Tél : 0612 24 07 50

# ACCU-CHEK® Performa

06454011

**50 Test Strips**



For the determination of  
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect®

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



**REF** 06454011200



4

015630 982110



Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

[www.accu-check.com](http://www.accu-check.com)

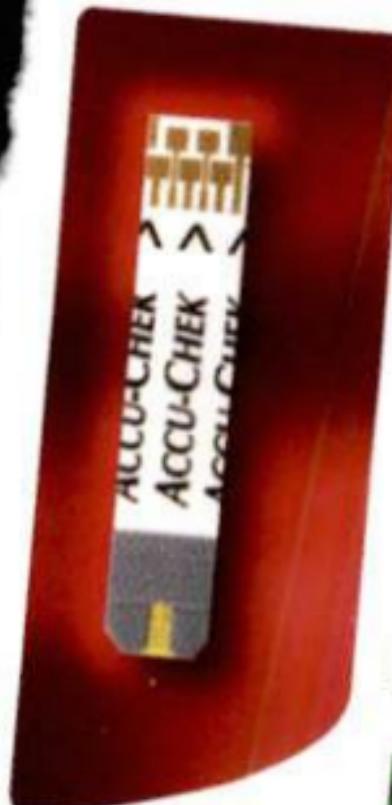
Made in U.S.A.



# ACCU-CHEK® Performa

06454011

**50 Test Strips**



For the determination of  
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect®

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

**IVD**



**REF** 06454011200



4

015630 982110



Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

[www.accu-check.com](http://www.accu-check.com)

Made in U.S.A.

