

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

## Informations 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.

## Biologie 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 traitements.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Matricule : *7912* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *BARNAL EL MOULINE*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. *0691.016281* Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même



Copjoint  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) : ..... / .....

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
					<b>Montant des soins</b>
					<b>Début d'exécution</b>
					<b>Fin d'exécution</b>
					<b>Coefficient des travaux</b>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			
	H	25533412 00000000 D	21433552 00000000 G		
		35533411	11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
					<b>Montant des soins</b>
					<b>Date du devis</b>
					<b>Fin de</b>
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	<b>W18-391104</b>	
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		

MUPRAS		W18-391104	DATE DE DEPOT
			...../...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	
Nom & Prénom		<b>BARKAL eff Bousse</b>	
Fonction : <b>AEF</b>		Phones	<b>0671016281</b>
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age .....		Date <b>8/9/20</b>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		<b>Maladie</b>	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires*
<b>Cs</b>			<b>2500/-</b>
PHARMACIE		Date <b>8/9/20</b>	
Montant de la facture		<b>134,20</b>	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date : .....	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

**ADI Boushra**  
Allergie au latex  
Groupe K, Rue 154 N° 26/25  
El Oulta - Casablanca  
Tél : 05 22 89 09 63  
ICE : 00050024600026

**PHARMACIE SIDI EL HANE**  
Groupe K, Rue 154 N° 26/25  
El Oulta - Casablanca  
Tél : 05 22 89 09 63  
ICE : 00050024600026

**CACHET**

**CACHET**

# Dr. SAADI Bouchra

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie

Bilans Allergologiques et explorations respiratoires

Ancienne Pédiatre au CHU Averroès et à l'hôpital Moulay Youssef



الدكتورة السعدي بشرى  
اختصاصية في طب الطفل و الرضيع  
وفي أمراض الحساسية  
تحليلات الحساسية و التنفس  
طبيبة سابقاً بقسم الأطفال بمستشفى  
ابن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le 8.9.20 الدار البيضاء، في

Bakkal Yahya

Per :  
074619 09/2022  
PV (DH) : 79,80

79,80 ₣ Deyall

1 g 6 m



54,40 ₣ Tobra de x

1 g He x 2 g 10 J.

134,20

PHARMACIE SOUFIANE  
Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026

Dr. SAADI Bouchra  
Pédiatre Allergologue  
Imm 5 GH Apt. 10 F  
El Firdaous El Oulfa Casablanca

TOBRADEX®  
POMMADÉ OPHTALMIQUE  
5g  
Boîte de 1 tube PV : 54,40 DHS  
Laboratoires Sothema, Bouskoura.  
MM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ

Dr. SAADI Bouchra  
Pédiatre Allergologue  
Imm 5 GH Apt. 10 F  
El Firdaous El Oulfa Casablanca

6 118001 070602  
69020-4

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الربيع و شارع المركب الإداري - عمارة 5 شقة 10 الطابق الثاني GH1A - الألفة - الدار البيضاء  
Res. Al Firdaous Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5  
App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32