

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **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

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)

53773

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0010204**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0783 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAAFAR Aphnaess Date de naissance : 03.12.1946

Adresse : Hay Inara 1 Rue 16 Nov 13 Ain Chock

Tél. : 06.61.82.10.28 Total des frais engagés : 185,10 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr. TAWFIK JELLAL**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
4, Rue Baghdad  
05 22 20 45 45 Casablanca

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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cataracte 04

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 : CASA

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

Signature de l'adhérent(e) : A

#### **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
20/12/2015	5		Grand total : 9000 Dhs	 <b>DR AYAD JELLAL</b> 24, RUE MOUSSA CASABLANCA Tél: 0522 20 90 92 Maroc

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Leila 834, Av. 2 Mars Prolongée Inara Casablanca - Tél.: 05 22 21 09 78	25/12/20	186,10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 25/12/2020

Mme EN-NASERY AMINA  
Né le : 01/01/1953

CJ020L25072922

30,30 I Comb Collyre (SV)

58,00 Atteax 4ij - Indoscollyre (SV)

30,00 Atteax 4ij - Maxidrol Collyre (SV)

25,50 Atteax 4ij - Mydriatic (SV)

20,80 Atteax 3ij - Frakiderm (SV)

21,00 Hypoflation le - paume en arrière (SV)

186,10

A 21,00

ISP

Clinique Jerrada OASIS, Bd Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82

Web : [www.cliniquejerrada.ma](http://www.cliniquejerrada.ma) - Mail : [direction@cliniquejerrada.ma](mailto:direction@cliniquejerrada.ma)LOT/je  
Fab: 22/09/2020  
Exp: 22/09/2021  
H6811  
02-2020  
07-2021INDOCOLLYRE 0,1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV: 58,00 DHS  
AMM N° 155/19 DMP/21/NQDNM6 118001 070398  
Laboratoires Sothema 5 ml  
Maxidrol collyre, 5 ml  
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV  
PPV: 30,10 DHS6 118001 070428  
MYDRIATICUM 0,5%  
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH  
Non remboursable AMOFRAKIDEX  
Pom. Optha. 5 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 20,80 DH  
ADSP n° 02 DMP/21/NCI

Lot:	1	2
Fab:	02	20
Exp:	02	22
PPV: 30 DH 30		

Acteur de Santé