

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

**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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 0043996

15893

Optique

Autres

Maladie       Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 282

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Haddoud A Bdolahiz

Date de naissance : 1931

Adresse : Rue 1 N°52 Hay Naguel Hay Hassani

Tél. : 06.63.66.07.30 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/01/2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Age: 80

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 : Haddoud A Bdolahiz

Le : 08/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

AS



## **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
	8.1.20	46.70

## **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
		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 :**

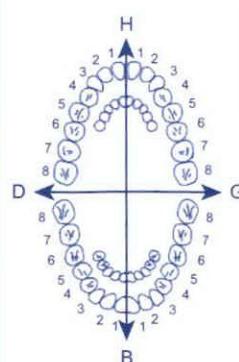
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'IRM.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
tionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# صيدلية المصحة Pharmacie Polyclinique

58, Route Moulay Thami - Casablanca  
(Mazola, Hay Hassani)  
Tél. : 0522 90 21 67  
GSM : 0661 33 20 87

R.C: 173955  
T.P.: 35012475  
I.F: 51469100  
.N.S.S: 1120039  
1527269000086

Casa le: 8-1-80 FACTURE N° 000814

M

# **rimé® 500 mg**

**rimé®**

ralme la do  
mpérature

ol.  
puleur et/  
s, courb  
kg : (er



sur l'enfant de moins de 27 kg : (moins  
d'années, il est inutile d'alterner la prise  
est nécessaire de consulter votre  
reins ou du foie.  
ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles  
ment sans l'avis de votre médecin ou

**S ET AUTRES  
INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS  
SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE  
MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.**

d'autres médicaments en contiennent.  
sser la dose quotidienne recommandée.

# **rimé® 500 mg**

**rimé®**

ralme la do  
mpérature

ol.  
puleur et/  
s, courb  
kg : (er



sur l'enfant de moins de 27 kg : (moins  
andées, il est inutile d'alterner la prise  
est nécessaire de consulter votre  
reins ou du foie.  
ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles  
ment sans l'avis de votre médecin ou

**S ET AUTRES  
INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS  
SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE  
MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.**

d'autres médicaments en contiennent.  
sser la dose quotidienne recommandée.