

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## adiologie 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 caractére 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)

Nº P19-0034719

ND = 21082

Optique

Autres

Maladie

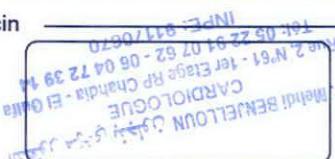
Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	630	Société :	RAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		HAJIL MOHAMED	
Date de naissance :		01-01-1944	
Adresse :		LOT ATTASAMOUNE RUE 1 APT. 1 IN, 80 OULFA CASA	
Tél. :		06.70.98.62.00	Total des frais engagés : 593,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2020

Nom et prénom du malade : BELAMARI MALIKA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HJA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : i. f.

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 :

Le : 06/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE SOUFLANE GROUPE K Rue 154 N° 23/25 EL Oulfa - Casablanca Tél.: 05 22 89 09 63 CE : 000500246000026</p>	66/03/2020	893.40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

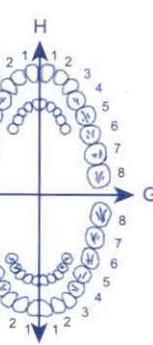
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 de la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



06/02/2020

Casablanca, le :



**BELANTARI Malika**

125,00 x 3

CO ANGINIB 50/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

22,40 x 3

ASKARDIL 75

1 comprimé à midi, pendant 3 mois

150,40 x 3

VASTAREL 35

1 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois

      
T = 893,40

*PHARMACIE SOU  
Groupe X - Rue 2 N° 61 Casablanca  
EL Oulfa - Tél : 05 22 89 09 63  
I.C.E. 20500246000026*

150,40

150,40

150,40



ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

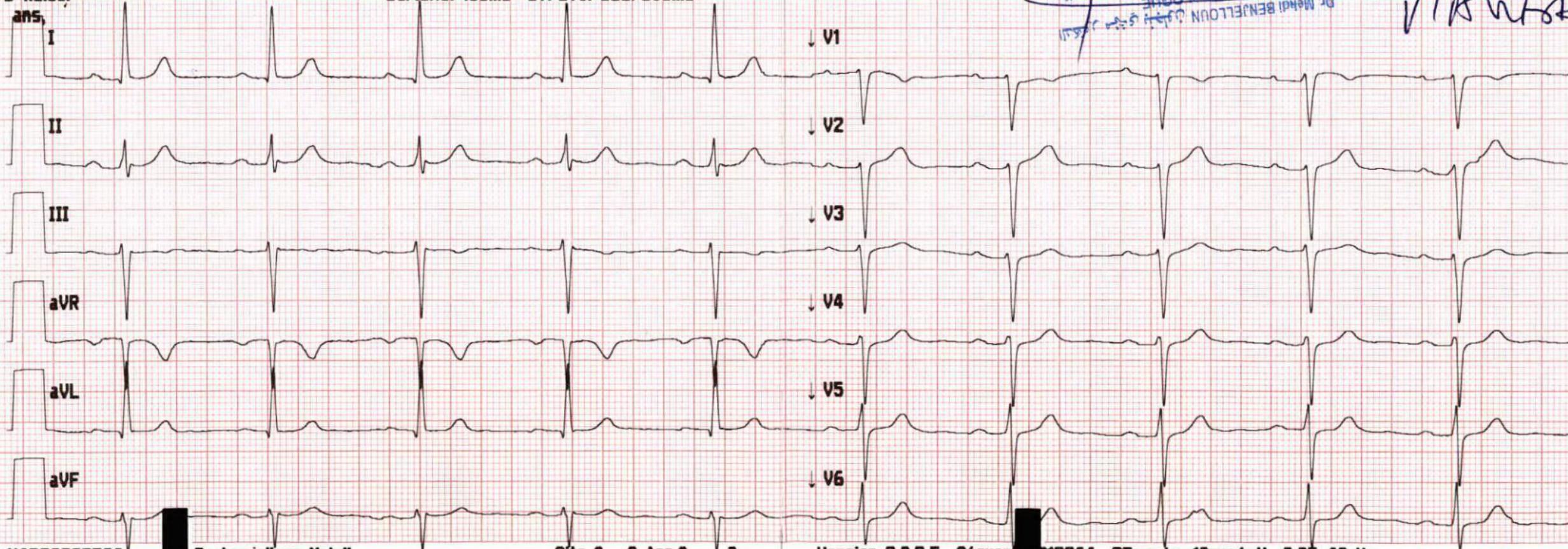
PPV 22DH40  
EXP 11/2021  
LOT 90039 3

PPV 22DH40  
EXP 11/2021  
LOT 90039 3

35.476

6-Fév-2020 16:59:46 Fréq. Card.: 61 BPM  
 Axes P-R-T: 48 -16 22 Int PR: 226ms  
 Dur.QRS: 100ms QT/QTc: 386/390ms

ID:  
 D-naiss:  
 ans,



INPE: 91170670  
 TEL: 05 22 91 17 62 - 06 04 72 39 14  
 Rue 2, N°1 - 1er étage RP Chahdidi - El Oulema  
 DR. MEHDI BENJELLOUN J.S.H. 52000 CASABLANCA

BÉLANTAFI  
 MAHNA  
 ASMA