

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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 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

23268

CA

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0003023

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 252

Société :

2407

 Actif Pensionné(e) Autre :

veuve

Nom &amp; Prénom :

TAGHJOUGH

Date de naissance :

Hafidhia 20/04

Adresse :

Tél. : 066.1.74.9545 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 / 02 / 2020

Nom et prénom du malade : TAGHJOUGH ZOHRA Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

HTA + Diabète II

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.

28 FEV. 2020

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 : 28 / 02 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVÉ 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
21/02 22/02	9		200 DHS	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE SOUFIANE</b> Groupe A Rue Tala N° 23/25 El Oufra - CASABLANCA Tél: 05 22 89 09 63	21/4/2020	290.500 Dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

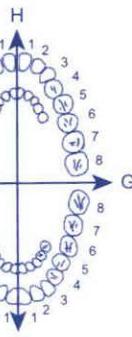
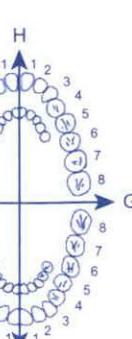
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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'ORL.

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 D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G
	H D			G
	B			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

**Docteur HRICHI Rachid**

MEDECINE GENERALE

**الدكتور الحرishi رشيد**

**الطب العام**

295, Av. Oued Tansift ( 24, Gpe E)

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0527 19 43 96

**PHARMACIE SOUFIANE**

Grouppe K Rue 154 N° 23/25

El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 05 22 29 09 63

295، شارع وادي تانسيفت (24)، مجموعة

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 0527 19 43 96

Casablanca, le : 21/02/2020 الدار البيضاء، في :

نمر:

JAGHJAWAH

ZOHRA

الدكتور حرishi Rachid  
Dr. H.Richi  
Medecine Generale  
Cite El Oulfa  
Tansift 24  
Casablanca  
T. 0527 19 43 96

21.00x6

(1) DIIFORMINE 1000  
ACP x 2/



68t<sub>g</sub> 30)  
68t<sub>g</sub> 30)  
pdf 03mois

68.90

(2) FLUDEX LP 1.5  
le cataly . pdf 01mois .



(18t<sub>g</sub>)

17.80x2 1.99/ . le cataly . pdf 01mois .



(23t<sub>g</sub>) .

(3) DASEN CP .

990.50 ACP x 2/

الدكتور حرishi Rachid  
Dr. H.Richi  
Medecine Generale  
Cite El Oulfa  
Tansift 24  
Casablanca  
T. 0527 19 43 96

PPV 21DH00  
PER 11/22  
LOT 12655

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

47,80

47,80

47,80

1 1 A  
1 1 1 1  
1 1 1 1  
1 D

**PHARMACIE SOUFIANE**  
Groupe K Rue 154 N° 23/25  
El Oufra - CASABLANCA  
Tel: 05 22 89 09 63