

# 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  
 Price 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'Horlage Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010219

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

**23779**

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5011**

Société : **RAM**

#### Actif

#### Pensionné(e)

#### Autre :

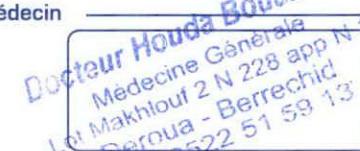
Nom & Prénom : **Royal my Smail** Date de naissance : **28-9-1864**

Adresse : **H 30 f. 1d. Al wafa Derrou**

Tél. : **05 22 19 76 73** Total des frais engagés : **110 + 43 f., 30** Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **13/02/2020**

Nom et prénom du malade : **Hme BENDIR H. Lima** Age : **70**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Angi-érosion**

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 **Médecine Générale** relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Derroua**

Le : **13/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



**ACCUEIL**

## **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
13/02/2020	Acte de soins	CS	120,00	Houssine BOUAFIA Médecine Générale Lot Malakout 2 - N°228 app N°1 Djouda - Berrechid Tél : 0522 51 59 13

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/2/20	

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## 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'ODT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DR. Houda BOUANANE**

**Médecine Générale**

Diplômée de la faculté de  
Médecine de Casablanca  
Tél : 05 22 51 59 13



الدكتورة هدى بو عنان  
الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 51 59 13

Deroua le, 13/02/2020

**Mme BENDAR Halima**

OFIKEN 200 B/16

1 cp 2 / j, av

PREDNI 20 MG

3 cp / j, le matin, ap rep, pd 5 js

BIOMYLASE

1 cp X3 / j, ap

TOTIFEN sirop

1GC X 2 / j

RELAXIUM B6 300 MG

1 gél / j, le soir

LOT N°:

UT. AV: 42.000

PPV:

LOT 191475 1

EXP 06 21

PPV 170.00 DH

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

سوطيمـا  
Santhema

نـة مخلفـ 2 الرـمـ 228 الشـقـة 1 الدـرـوـة - بـرـسـيد

Lot Maklouf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com

