

# 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-516932

CA

Autres

Maladie

Dentaire (23788)

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1690

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE

Date de naissance : 07 Avril 1944

Adresse : RUE 3. AUC ASSOLA 444 Ryad RABAT

Tél. : 0664171744

Total des frais engagés : 64,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 plconfidential 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 clavis relâche à la protection des données personnelles.

Fait à : RABAT

Signature de l'adhérent(e)

Le : 31/01/2020

VOLET ADHÉRENT  
ACCUEIL

Déclaration de maladie

N° W19-516932

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1690

Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI J

Total des frais engagés : 64,30 Dhs

Date de dépôt : 27-02-2020

#### **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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/20	66,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

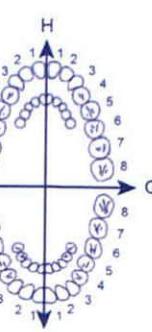
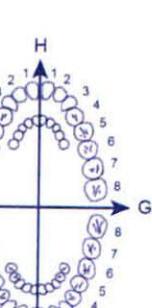
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	B			<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
				<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AL ARAAR

MME KABBAJ NAWAL

AV EL ARAAR ILOT 9 LOT 2 RIAD- RABAT

RABAT

Taxe Profes. N°: 25564315

N° R.C. : 78752

N° CNSS : 34527237

N° ID.E : 34527237

N ID.#.: 3452723,  
Tel : 037 710627

Fax 037 565748

MAAROUFI JAMALEDDINE

LCE<sub>i</sub>

Le : 31/01/2020

**FACTURE N°:** 3935/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	IMODIUM GELULES	30,50	7	30,50
1	LIPOSIC GEL OPHTA	34,00	7	34,00

TVA 7%: 4.2

4.22

Total :

64,50

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*

SOIXANTE QUATRE DIRHAMS ET CINQUANTE CTS



Laboratoire Chauvin

દાન્યાંજાર ૦૪૬

carbone 980

**LIPOSIC**  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

የኢትዮጵያ  
የኢትዮጵያ

**liposic**

HOME

110

**INDICATIONS :** Ce gel ophthalmique est indiqué dans le traitement symptomatique de l'œil sec. Voie locale / instiller dans l'œil.

lire attentivement la notice avant utilisation.  
Conserver à une température inférieure à 25 °C.  
Après ouverture, à conserver au maximum 28 jours.  
Ne pas avaler. Ne laisser ni à la portée, ni à la vue des enfants.



20 gelules

lopéramide

Imodium® 2 mg

IMODIUM 2MG GELULE

20 Gel



P.P.V.: 30DH50



118000 010845

9

LOT : 19E002A  
PER : 09 2024

جیسن ۲۰

جیسن

۲۰ جلوله