

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

N° W19-524578

CA

## Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11037

## Dentaire

2617L

## Optique

## Autres

Société : RAN

## Actif

## Pensionné(e)

Nom & Prénom : BEN HAKH LOUF LAÏLA

Date de naissance : 25-10-74

Adresse : 80, Lot Hamza, N°6 Sidi Maatouf Casablanca

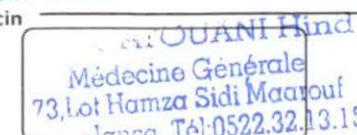
Tél. : 0661 74 9599

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/02/2020

Nom et prénom du malade : BEN HAKH LOUF LAÏLA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Olds de joud

En cas d'accident précisez 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 :

Signature de l'adhérent(e)

ACCUEIL

Le : / /

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-524578

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/07/2010	Consultation Médecine Générale	1	160 DH	INP : 36130956

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Hamza Suli Maarouf Tél: 0599 79 12 15

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>DR. J. P. BERNARDIN</i> <i>NON VOLANT</i> <i>TELE: 05 42 94 20 33</i>	29.02.2020					600.-

#### VIOLET 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'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION
		<b>H</b> 25533412      21433552 00000000      00000000 <hr/> <b>D</b> 00000000      00000000 35533411      11433553 <b>G</b> <b>B</b>			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

# ORDONNANCE

Dr. EL ATOUANI Hir  
Médecine Générale  
73, Lot Hamza Sidi Maârouf  
Casablanca. Tél: 0522.32.13

Le: 17/02/2020

Mme BENHAKHLOUF LAÏLA

Première de FEC Mme BENHAKHLOUF

LAÏLA qui présente des pieds croisés

bon. PD

Dr. EL ATOUANI Hir  
Médecine Générale  
73, Lot Hamza Sidi Maârouf  
Casablanca. Tél: 0522.32.13



**ORTHESE - PROTHESE - PODOLOGIE**  
Siège social : 3, Rue Hims Appt N° 2 - Rabat - Maroc  
Siège Administratif : Angle Av Med VI et AV El Haouz - RABAT - Maroc  
Tél: 05-37-63-03-93  
Fax: 05-37-63-04-33  
Email: orthoprotech@gmail.com

## Facture

N° Facture : FC05222020  
Patient : 5808  
Nom et prénom : BEN MEKLOUF LAILA  
Nom du Payeur : BEN MEKLOUF LAILA

**Orthoprotech :** GHANDI  
**Agent :** FARHANE SOUKAINA  
**Suivi par :** Safa ZIDANI  
**Date :** 29/02/2020 12:11

Référence	Désignation	Qté.	P.U. HT	TVA	Total HT
SO02	PAIRE DE SEMELLE ORTHOPEDIQUE "A"	1	500,00	20,00 %	500,00
				<b>Total HT :</b>	500,00 DHS
				<b>Total TVA :</b>	100,00 DHS
				<b>Total TTC :</b>	600,00 DHS
				<b>Droit Timbre:</b>	1,50 DHS
				<b>Net à payer:</b>	601,50 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TTC :

SIX CENT UN DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

~~LOVAMED SERVICES~~  
~~MATERIEL MEDICAL~~  
Centre de Magasin (G.T.)  
Non publicé pour la vente en gros et transaction  
60 BOULEVARD ELANDI - CASABLANCA  
TEL. 05 22 94 21 42 / FAX: 05 22 94 20 49