

# 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.

## 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.

## ptique :

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.

## entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Reclamation : 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.

**UPRAS** : 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

RL616

Matricule : 12126

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAWATI INBASSI JIHAD

Date de naissance : 23/01/89

Adresse : Résidence du Lac Apt 8-1 CASA Green Town Ville verte Boukhari

Tél. : 0661240615

Total des frais engagés : 250

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/03/2020

Nom et prénom du malade : JAWATI INBASSI JIHAD Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Rhumatologie

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.

11 MARS 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 : CASABLANCA ACCUEIL SIEGE RAM Le : 05/03/2020

Signature de l'adhérent(e)



## 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 Datement des Actes   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/03/2020      |                   | CS                    | 250DH                           | Dr. Itham El Haddad<br>Kuumatologie-Nutrition<br>2013-2014<br>1er étage N° 1, Avenue Hassan II<br>Téle: 022 50 98 63 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES -

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

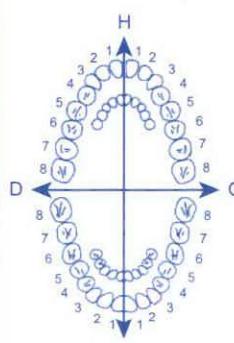
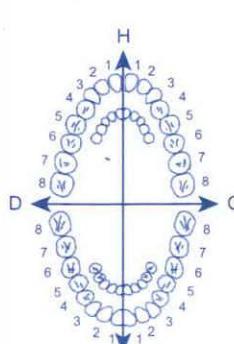
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 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<br>PROTHESES DENTAIRES   |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                         |  |                   |  |   |  |                   |  |   |  |                   |  |   |  |                   |  |                         |
|  |  | <table border="1" data-bbox="1588 861 1822 1009"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                       |  | 25533412 21433552 |  | D |  | 00000000 00000000 |  | B |  | 00000000 00000000 |  | G |  | 35533411 11433553 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H  |  | 25533412 21433552  |                  |             |                         |  |                   |  |   |  |                   |  |   |  |                   |  |   |  |                   |  |                         |
| D  |  | 00000000 00000000  |                  |             |                         |  |                   |  |   |  |                   |  |   |  |                   |  |   |  |                   |  |                         |
| B  |  | 00000000 00000000  |                  |             |                         |  |                   |  |   |  |                   |  |   |  |                   |  |   |  |                   |  |                         |
| G  |  | 35533411 11433553  |                  |             |                         |  |                   |  |   |  |                   |  |   |  |                   |  |   |  |                   |  |                         |
|  |  |  |                  |             | 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