

# 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19-0007526

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **5131**

Société :

**RAM**

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : **LAROU: NASSER**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06.61.21.94.23**

Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

  
UPRAS  
15 JUIN 2020  
Larou NASSER  
AGENCE  
Age: .....  
 Lui-même  Conjoint  Enfant

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : **Larou NASSER**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

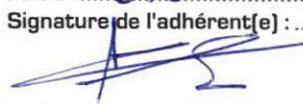
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : **CASABLANCA**

Le : **02/02/2020**

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 Paiement des Actes
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMA</b> Votre santé est capitale	2/02/20	58,47 €

## 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'ODT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H		COEFFICIENT DES TRAVAUX
2	21433552	
0	00000000	
		<b>G</b>
0	00000000	
1	11433553	

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الاختصاصات الشفاء  
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : .....

Casablanca le 15/01/2020

MR LAROUI NOURDDINE

1-EXFORGE 5/80 mg 1cp/j

2-TAHOR 10mg 1cp/j

3 mois



مستعجلات 24/24  
URGENCES 24/24

PHARMACIE ORLY 4  
AZOULAY-IBGHEI Caroline  
ORLY SUD 190  
91550 ORLY AEROPORT  
France

Siren 438647448  
TVA intra FR04438647448  
Code NAF 4773Z  
E-mail pharmacieorly4@gmail.com  
Finess 91 2 01382 8

Ticket no 25596  
20 20  
Le 02/02/2020 17:16:46 Caisse 01  
n° FSE 4302

1012 Noureddine LAROUI

Code Produit	Mt TTC
EXFORGE 5MG/80MG CPR 90	
3400937817714	39,47
TAHOR 10MG CPR 90	
3400937199216	18,49
HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	
HDR	0,51
<b>Total TTC en EUROS :</b>	<b>58,47</b>

Nombre d'articles : 2  
Dont honoraires de dispensation : 6,03

Mt HT	Taux	Mt TVA	Mt TTC
57,26	2,10	1,21	58,47

Règlement en CARTE BANCAIRE : 58,47