

# 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.

## Biologie 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.

## 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.

## Dentaire :

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

Réclamation : 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 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



Maladie

Dentaire

Nº P19-

57610

062706

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A223 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DERKA OUI

Abdalkrim

Date de naissance :

5/11/1949

Adresse :

52 Rue ABOU ISFAK AL MAROUNI

apt 3

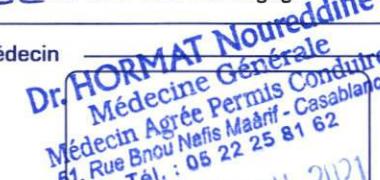
Morail - CASA

Tél. : 05 22 25 49 32

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-062706

1223

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 : 1223

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 05/02/2021

## **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
29 Jui 2021	✓ M		300	<del>Dr. NORMAT Notredame Médecin Générale Agree par Maaf - Casablanca 5 22 25 81 62</del>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMALI 33, RUE IBNO JUNAID CASH TEL: 052 357 7462 I.F: 40477366</p> <p>3555 NCA 71 07 3577462</p>	29/01/21	264,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :**

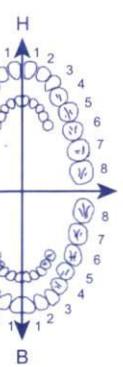
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de la

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p align="center"><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p align="center"><b>B</b></p>  <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
H														
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<b>D</b>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>												
		<b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>												
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HORMAT Noureddine  
MEDECINE GENERALE  
Echographie Générale  
Médecin Agrée pour Permis de Conduire

51, Rue Ibnou Nafiss  
Angle (ex. Jura et Fauchilles)  
Maârif - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 25 81 82

الدكتور حرمات نور الدين  
الطبيب العام  
الفحص بالصدى  
طبيب مقبول لرخصة السياقة

زنقة ابن النفيس  
المعاريف - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 25 81 82

Casablanca, le ..... 29 JAN 2021 ..... الدار البيضاء. في

Dr. H. Noureddine

→

65,00

PHARMACIE  
33, Rue Ibnou Nafiss  
Angle (ex. Jura et Fauchilles)  
Maârif - CASABLANCA  
Tél: 05 22 25 81 82

40,00

65,00

Kader 20 (ul 14)

→  
Doudel

99,50

T: 264,40

(S.V.)

(S.V.)

(S.V.)

Dr. HORMAT Noureddine  
Médecine Générale  
Médecin Agrée Permis de Conduire  
51, Rue Ibnou Nafis Maârif - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 81 82

