

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **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

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.

**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



C.A  
59773

## **Déclaration de Maladie : № P19-0022615**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 6927

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

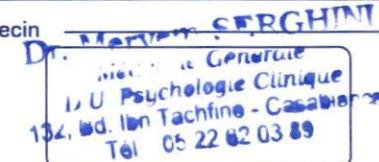
Nom & Prénom : Benali Rachida Date de naissance : 1965

Adresse : mène

Tél. : ..... Total des frais engagés : 744,60 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/11/2021

Nom et prénom du malade : Benali Rachida Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : arthrose + Dépor

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : Dr. Serghini

### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie № P19-0022615

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 : 6927

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 744,60

Date de dépôt : 15/11/2021

## **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
23/11/2011	C	C	20000	Dr. Mervan Ercan Psychologue Clinique Tachfine - Casablanca 22/02/03 89

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CITE GROUPE SOINS 130, AVENUE DES CHAMPS 75017 PARIS TÉL. 01 43 58 22 22	13/01/21	544.60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		25533412   00000000	00000000	
		00000000   00000000		
		00000000   35533411	11433553	
		B		
		[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

LOT 200813  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

98,30

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
6 118000 060833

الدكتورة مريم السرغيني  
الطب العام  
معالجة نفسية  
دبلوم جامعي في علم النفس السريري  
العلاج السلوكي المعرفي

Casablanca, le

13/1/2021

98,30

53.DH

98,30

2) Atmoxinil.

1 CP à 200  
98,30  
x 5

54446

SV

98,30

Dr. Meryem SERGHINI  
132, Bd. Ibn Tachfine Casablanca  
Tél: 05 22 62 03 89  
E-mail: meryemserghini@hotmail.com

Dr. Meryem SERGHINI  
132, Bd. Ibn Tachfine Casablanca  
Tél: 05 22 62 03 89  
E-mail: meryemserghini@hotmail.com

132, Bd. Ibn Tachfine Casablanca - Tél.: 0522 62 03 89 - E-mail: meryemserghini@hotmail.com  
meryemserghini@hotmail.com - 05 22 62 03 89 - الهاتف: 05 22 62 03 89