

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

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 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 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

gr Caplet  
63547

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0020939

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2440 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Bouzid, Aouane M. Date de naissance :

Adresse : A 7

Tél. : 06 78 28 56 94 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : ..... Le : 15/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : Y

*MUPRAS*  
*5 MARS 2021*  
*ACCUEIL*

## LABORATOIRE

RADIOLOGIE

REFERENCE CODEE COTATION

REFERENCE CODEE	COTATION
1 .....	
2 .....	
3 .....	
4 .....	
5 .....	
6 .....	
7 .....	
8 .....	
9 .....	
10 .....	
11 .....	
12 .....	
13 .....	
14 .....	
15 .....	
16 .....	
17 .....	
18 .....	
19 .....	
TOTAL "B" (1)	

## COTATIONS PAR EXAMEN

REFERENCE CODEE	COTATION
1 .....	
2 .....	
3 .....	
4 .....	
5 .....	
6 .....	
7 .....	
8 .....	
9 .....	
10 .....	
11 .....	
12 .....	
13 .....	
14 .....	
15 .....	
16 .....	
17 .....	
18 .....	
19 .....	
TOTAL «Z» (2)	

## MUTUELLE D'ACTION SOCIALE



DOSSIER  
NÚMERO

## FEUILLE DE SOINS

VALABLE POUR les honoraires des médecins généralistes et spécialistes, les sages femmes et pour les auxiliaires médicaux et pour les frais d'analyses médicales, de radiologie, de pharmacie et d'appareillages ordonnés par le médecin traitant.

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MUTUALISTE

NOM ABDAIM N° MATRICULE 30509  
PRENOMS Naimé DATE DE NAISSANCE 9/1/59

ADRESSE PERSONNELLE N° 76 RUE LOT ET adamou NE  
EL OLFIA VILLE CASABLANCA

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

**BENSOIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE SI IL N'EST PAS LE MUTUALISTE**

NOM ..... PRENOMS .....  
DATE DE NAISSANCE ..... DEGRE DE PARENTÉ .....  
PROFESSION .....

S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT ? OUI NON - CAUSE PAR UN TIERS : OUI NON

#### MODE PAIEMENT CHOISI

VIREMENT BANCAIRE OU C.C.P

N° DU COMPTE

## INTITULÉ DE

## L'ETABLISSEMENT ...

CHEQUE BANCAIRE A MON ORDRE

EN ESPECES A VOTRE CONVENIENCE

#### DECOMPTE DES FRAIS ENGAGES

NATURE DES ACTES	MONTANT
- Médecins C ou V	.....
- Pharmacie	.....
- Analyses	.....
- Radiographie	.....
- Auxiliaires médicaux	.....
- Fournitures	.....
- Déplacement praticien	.....
TOTAL	18.360

LE MUTUALISTE SOUSSIGNE ATTESTE  
SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES  
RENSEIGNEMENTS PORTÉS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MUTUALISTE

IMPORTANT : LA FEUILLE DE SOINS - ELLE PEUT ETRE PRESENTEE A LA MUTUELLE LE 16<sup>ème</sup> JOUR  
SUIVANT LE PREMIER ACTE ET AU PLUS TARD LE 29<sup>ème</sup> JOUR QUI SUIT CET ACTE MEDICAL

DATE DE RECEPTION

DATE DE LIQUIDATION

DATE DE PAIEMENT

BESERVE A LA MAS

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Dél. d'une ord.	1 chambre 2 sortie autorisée	Montant des honoraires perçus	Signature du Médecin	CACHET DU MEDECIN TRAITANT Dr. ACHIL MOHAMMED ANESTHESIE REANIMATION
05/03/2010						

PARTIE RESERVEE AUX AUXILIAIRES MEDICAUX  
PRESTATIONS ET PAIEMENT DES ACTES

Date des actes	Désignation des actes suivant nomenclature	Montant des honoraires perçus	Signature de la sage femme ou de l'auxiliaire médical	TRAITEMENT ORDONNE LE										
			Par le Docteur											
Accord préalable de la Mutuelle d'Action Sociale														
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Identification de l'auxiliaire médical</td> </tr> <tr> <td>Cachet</td> <td>N° de l'autorisation d'exercer</td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>					Identification de l'auxiliaire médical		Cachet	N° de l'autorisation d'exercer						
Identification de l'auxiliaire médical														
Cachet	N° de l'autorisation d'exercer													

Clinique  
CASABLANCA AÏN BORJA  
Multidisciplinaire



INEXIUM® 40 mg,  
comprimé  
gastro-résistant  
ésoméprazole

إينكسيوم® 40 ملغم،  
قرص صامد لحموضة  
المعدة  
ازومبرازول



25, Boulevard Ifni (en face de Lydec) Aïn Borja - Casablanca  
Tél. : 05 22 41 63 63 - Fax : 05 22 24 66 24  
E-mail : direction@cliniqueainborja.ma  
Site web : www.cliniqueainborja.ma

ah  
AKDITAL

Clinique  
CASABLANCA AÏN BORJA  
Multidisciplinaire



INEXIUM® 40 mg,  
comprimé  
gastro-résistant  
ésoméprazole

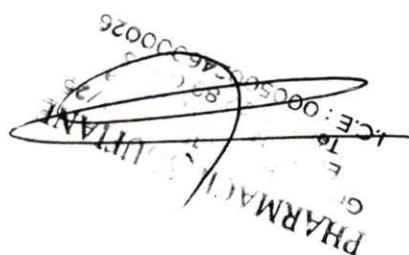
إينكسيوم® 40 ملخ،  
قرص صامد لحموضة  
المعدة  
ازومبرازول

193, 60

1)

INEXIUM

18/11



25, Boulevard Ifni (en face de Lydec) Aïn Borja - Casablanca  
Tél. : 05 22 41 63 63 - Fax : 05 22 24 66 24  
E-mail : direction@cliniqueainborja.ma

AKDIT