

# 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.

## Education :

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.

## Thérapie :

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

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 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



## Déclaration de Maladie

N° M21-0030998

Optique 65431  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2389 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENSALEM TARISS

Date de naissance : 18/02/1955

Adresse : 7, Rue D' Aquitaine Q. Gauthier  
CASA

Tél. : 0662 4720 89 Total des frais engagés : 2859,50 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achats libres

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 : CASA

Le : 4/03/2011

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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CASABLANCA LEMSEFIR HASSAN Rue Hassan Souttan 27 17 01 - Casablanca</i>	30/03/21	59,50

W 183/

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

• Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



PHARMACIE CAMELIA  
LEMSEFFER MOUNIA  
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :162531

Date :30/03/2021

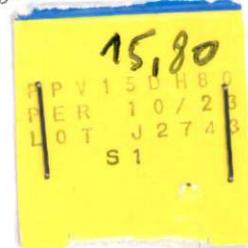
Client :

MR BENSALEM IDRIS

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
DOLIPRANE 500 MG COMP EFF	1	15.80	15.80
IMODIUM GELULE	1	30.50	30.50
INONGAN POMMADE	1	13.20	13.20



IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
PPV 300H60  
LOT 202016  
PER 08/2025  
118000010845



**INDICATIONS :** ANALGESIE PR  
Douleurs rhumatismales - Douleurs du lumbago et du torticolis - Douleurs d'origine musculaire ou ligamentaire - Massages sportifs.  
**MODE D'EMPLOI :**  
Oncctions légères de la zone douloureuse.  
A répéter plusieurs fois par jour si nécessaire.  
A.M.M. N° : 265  
PPV : 13,20 DH

Total TTC = 59.50

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CINQUANTE-NEUF DHS 50 CTS

Bon rétablissement