

# 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 canaux, 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.
- Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Alail Ben Abdellah - 6ème Etage Angile Rue Mohamed Fakir et Rue Alail Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 85 (L.G) - Fax : 05 24 22 73 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

**Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10914 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAFOI Hakima

Date de naissance : 24-02-1976

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : 0662682678 Total des frais engagés : 54,50

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : \_\_\_\_\_

Date de consultation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : NSR

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_


Le : 15/04/2021

**MUPRAS**

# RELEVÉ 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/08/21	54.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

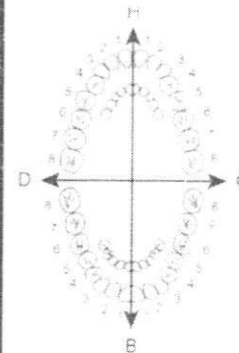
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

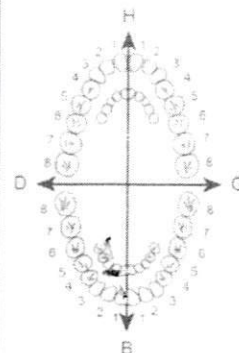
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433553	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	21433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

**PHARMACIE BERRECHID**  
 Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE  
 93 Bd Mohamed V Berrechid  
 Tél : 05 22 32 40 68

FACTURE

N° 956.

A Berrechid le 29/03 2021

N° MAFSI MAKIMA.

Doit

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX U.	TOTAL
51	Bronchokod sans sucre	2290	2290
51	Dolipr-1g ef.	1580	1580
51	Dolipr-1g ef.	1580	1580
			<u>5450</u>
cette présente facture est arrivée au Montant de cinquante quatre Dhs 00 cts.			

**bronchokod**  
 sans sucre Adultes

LOT:1119  
 PER:12/21  
 PPV:22.90DH

**PHARMACIE BERRECHID**  
 Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE  
 93 Bd Mohamed V Berrechid  
 Tél : 05 22 32 40 68

15,80

PPV15DH80  
 PER 12/23  
 LOT 13651

15,80

PPV15DH80  
 PER 11/23  
 LOT 13286  
 52