

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

## Informations 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 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

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 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° M20- 0008965

Optique 69 177  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HOURI Ahelehrahmane

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 90, Résidence Noor Amira

Sidi Bouzid / EL Jadida

Tél. : 06 22 83 5132 Total des frais engagés : 45,20 Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achat libre

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 : EL Jadida

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20.04.19



### 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<br/>Au Trait Masque Sidi Bouzid<br/>Tél : 05 23 31 30 30 El Jadida</i> | 29/04/21 | 165,16                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

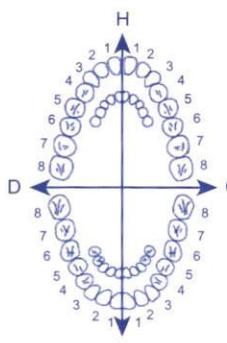
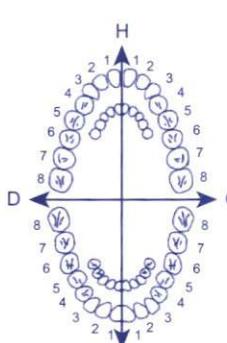
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 d

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                           | Nature des Soins                 | Cœfficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|--|----------------------------------|------------|------------------------|
|   |  |                                  |            |                        |
|  |  |                                  |            | MONTANTS DES SOINS     |
|  |  |                                  |            | DEBUT D'EXECUTION      |
|  |  |                                  |            | FIN D'EXECUTION        |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE |                                  |            | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411    | 21433552<br>00000000<br>11433553 | B          | MONTANTS DES SOINS     |
|  | D<br>00000000                            | G<br>00000000                    |            | DATE DU DEVIS          |
|  |  |                                  |            | DATE DE L'EXECUTION    |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE INESS  
DR MARIJ SIHAM  
N:5 MOSQUEE SIDI BOUZID EL JADIDA

29/04/2021

Tél : 0523348030

HOURI ABDERAHMAN

FACTURE N° : 11599

du 29/04/2021

| Qté       | Désignation         | Prix PPV | Montant | TVA   |
|-----------|---------------------|----------|---------|-------|
| 1         | MYCOSTER CREME 30 G | 45,20    | 45,20   | 7%    |
| Total TTC |                     |          |         | 45,20 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
QUARANTE CINQ DIRHAMS ET VINGT CTS

MYCOSTER 1%  
CREME 30G  
LOT : 2018013  
PER. : 02/2023  
P.P.V : 45DH20  
Barcode  
6 118000 011118

|       | TAUX | HT    | TVA  | TTC   |
|-------|------|-------|------|-------|
| 7.00% | 7,00 | 42,24 | 2,96 | 45,20 |
|       |      | 42,24 | 2,96 | 45,20 |

Pharmacie INESS  
Dr. MARIJ SIHAM  
Av. Ibn Tofail - Sidi Bouzid  
Tél : 0523348030 - El Jadida