

# 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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de maladie

N° W21-609520

72803

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

2305

RAM

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOURAZIT Maimouna

Date de naissance :

26-6-1952

Adresse :

Halutuelle

Tél. :

0663664544

Total des frais engagés : 4350

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

CCH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie MERCURE</i> Secteur en Pharmacie Secteur en Pharmacie Casablanca Tél: 0522 27 46 26	21/01/2011	42.50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

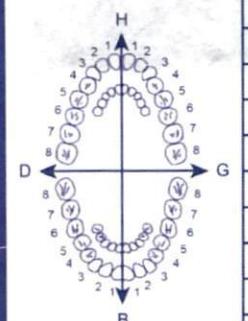
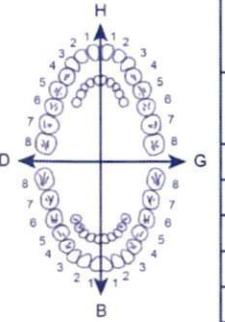
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### 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.

Le	IN	VI																						
DENTALISATION																								
																								
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">MONTANTS DES SOINS</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">DEBUT D'EXECUTION</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">FIN D'EXECUTION</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">MONTANTS DES SOINS</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">DATE DU DEVIS</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">DATE DE L'EXECUTION</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>				MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>	DATE DU DEVIS		<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																						
DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>																						
FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>																						
COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>																						
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																						
DATE DU DEVIS		<input type="text"/>																						
DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>																						
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																						
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		<input type="text"/>	25533412	00000000	21433552	00000000	35533411	00000000	B		<input type="text"/>	D		<input type="text"/>	G		<input type="text"/>	35533411		11433553
H		<input type="text"/>																						
25533412	00000000	21433552																						
00000000	35533411	00000000																						
B		<input type="text"/>																						
D		<input type="text"/>																						
G		<input type="text"/>																						
35533411		11433553																						
		<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																						
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		<input type="text"/>	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		<input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		<input type="text"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		<input type="text"/>																						



PHARMACIE MERCURE  
Docteur Selma TAZI

Page :1

FACTURE

N° FACTURE : 30063

Date : / / 7-4-2021

Client: NOURAZIZ Naima

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
IMODIUM GELULE	1	30.50	30.50
NORMOGASTRYL	1	12.00	12.00

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél   
LOT: 8MA046  
PER: 09/2023  
P.P.V: 30DH50  
6 118000 010845

Pharmacie MERCURE  
Selma TAZI  
Docteur en Pharmacie  
2, Rue Al Woroud - Casablanca  
Tél: 0522 27 46 26

NORMOGASTRYL

P.P.V 12DH00  
EXP 06/2022  
LOT 86097 2

Total TTC = 42.50

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : QUARANTE-DEUX DHS 50 CTS

Bon rétablissement