

# 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° W21-630008

78808

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2305

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOURAIZZ Maimouna

Date de naissance :

16 - 6 - 52

Adresse :

17 Al Attache

Tél. :

0660366454

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :



Nom et prénom du malade :

Age :

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) :

## **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 : .....   .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BERNARD - Cestas Médecin Sébastien TAZI Cabinet Médecin	26/02/2022	42,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

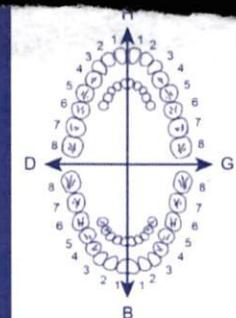
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.



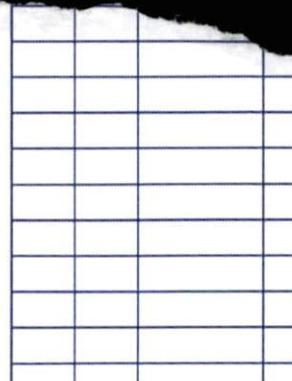
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered from 1 to 8 on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, starting with 1 at the midline and increasing to 8 at the second molar position. The numbers are placed inside or adjacent to each tooth.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

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

**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 L'EXECUTION**



PHARMACIE MERCURE  
Docteur Selma TAZI

Page :1

FACTURE

N° FACTURE : 30063

Date : / / 22-4-2021

Client : NOURAZIZ Maïma

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
DIPROSONE POMMADE GM	1	32.50	32.50
DOLIPRANE 500 MG COMP SIMPLE	1	10.30	10.30

0,0 % مرهم

LOT : 587  
PER : DEC 2022  
PPV : 32 DH 50

Dr Selma Tazi  
Pharmacie MERCURE  
2 Rue El WOROUD - Casablanca  
Tél: 0522 27 46 26

Total TTC = 42.80

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : QUARANTE-DEUX DHS 80 CTS

Bon rétablissement

# Doliprane®

500 mg

PARACETAMOL



PPV:10DH30  
PER:12/21  
LOT:H2743



Adulte et enfant  
à partir de 27 kg

DOULEURS  
FIEVRE

bottu<sup>12</sup>  
82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Viale orale  
20 COMPRIMES SECABLES