

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ctique :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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- 0007593  
14424

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2800 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ARCHANNE SAADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur KARKAR Redouane  
Médecin Généraliste  
Centre de Transfusion Sanguins  
H.M.I.Med V - Rabat -

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ARCHANNE SAADIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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
27/05/21				

détaillé oraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Acomptes
	<i>Médecin KARKAR Redouane Médecin Généraliste Centre de Transfusion Sanguine H.M.I. Med V Rabat -</i>
RENDEZ-VOUS	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LUMIERES LAHRICHIBARLAU 550, Bd. LA 1005 - INARA AIN CHOCK - CASABLANCA TEL. 05 22 52 40 29	28/05/2021	441,60

## **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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

The diagram illustrates a dental arch with 16 numbered teeth (1-8 on top, 1-8 on bottom) arranged in a semi-circle. Points H, G, B, and D are marked: H is at the top center, G is at the bottom center, B is at the bottom left, and D is at the bottom right. Arrows point from the labels H, G, B, and D towards their respective points on the arch.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	2143355
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	1143355

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) on both the upper and lower arches. A vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom is intersected by a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'A' on the right, forming a crosshair.

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecin KARKAR Redouane  
Médecin Généraliste  
Centre de Transfusion Sanguins  
H.M.I.Med V - Rabat -

Le 28/05/21

## **ORDONNANCE**

ARCHANE SABA DIAZ

1. *Amazzone* 3<sup>rd</sup> 3x 92, R.A. 10° 02' 52" S. Dec. 40° 29' E. LUMIERES  
SARL A.T. 30  
A.I.N. CHOCK - CASABLANCA  
Tél. 052 52 40 29

2 - Venfoline (SV) 145,30

31- Clemidens 6x20,00 = 120,00  
Creme

**Médecin KARKAR Redouane  
Médecin Généraliste  
Centre de Transfusion Sanguine  
H.M.I. Med V - Rabat -**



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH



AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH10

6 118000 060017



AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH10

6 118000 060017



CP B30

P.P.V : 92DH10

6 118000 060017

← 20,00

← 20,00

← 20,00

← 20,00

20,00 →

20,00 →

