

# 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 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

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.



Declaration de Maladie

2248. № W21-638888

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

3482

Société :

RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASDEL Abdellahmud

Date de naissance :

18 06 52

Adresse :

25 Rue IDONOU Habib  
Casablanca Maârif  
867,00

Tél. :

0661 311542

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07 JUIL. 2021 Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Enfant

Lien de parenté :

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 à l'adjudant conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Le : 05 / 07 / 21

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 : [REDACTED]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Mansour 83-55 Bd Yacoub El Mansour Tel: 05 22 25 17 04 - Casablanca	22/04/2021	367,00

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		Cardiaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.	0

AUXIL	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390,00 DH

0 12 0 0 0 3  
36,90  
12 / 25  
PPV 36 DH 20

6 118001 030903  
EXFORGE HCT®  
10mg/160mg/25mg  
28 comprimés pelliculés  
20,00

LOT 2009  
PER 09/25  
PPV 26 DH 00

8310

## VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DEBUT D'EXECUTION	[REDACTED]
FIN D'EXECUTION	[REDACTED]
COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DATE DU DEVIS	[REDACTED]
DATE DE L'EXECUTION	[REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

## PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR

## Mme Zineb BENNIS

**63 - 65 Bd Yaacoub El Mansour**

Tél.: 05 22 25 52 04

Patente : 35803032 - CNSS : 1470195

ICE : 001619014000060

Casa, le 22/04/2011

M. Adel Rallea