

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

## Récommandations 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

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

N° P19- 0037902

Optique 83003  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6992

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JISMAAÏ AHMED

Date de naissance : 29-01-1959

Adresse : RUE EL FAJR FM F NO, 11 BERNOUSSI

Tél. : 06 75 59 26 51 Total des frais engagés : 40.000 + 1.12.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Mohamed TAZI**  
Médecin interne  
Délégation Sidi Bernoussi  
C. H. P. MANSOUR

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/08/2011

Nom et prénom du malade : HASSOUNE J. MANSOUR

Age : 62 Ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Doul

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/09/2011

#### **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
20/09/2011	C		4000	Mohamed TAZI Médecin Interne Délégation Sidi Bernoussi C.H.P MANSOUR

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/10/2011	T 119	112,500000

## 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 :**

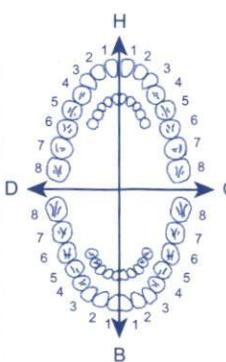
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : ..... 30/6/03 .....

# ORDONNANCE

*Mohamed El TAZI  
Ministère de l'Intérieur  
Délegation Sidi Bernoussi  
C. H. P. MANSOUR*

*Le Maroc*

*Le Maroc*

*Mohamed El TAZI  
Ministère de l'Intérieur  
Délegation Sidi Bernoussi  
C. H. P. MANSOUR*

*Mohamed El TAZI  
Ministère de l'Intérieur  
Délegation Sidi Bernoussi  
C. H. P. MANSOUR*

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Délégation à la préfecture  
des Arrondissements Sidi Bernoussi  
Centre hospitalier préfectoral  
Hôpital Al Mansour

Quittance

Nº 394364 LB

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
C		50
Total .....		50

Cachet du  
Service

Le ..... 200 .....  
Signature du  
Régisseur

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Délégation à la préfecture  
des Arrondissements Sidi Bernoussi  
Centre hospitalier préfectoral  
Hôpital Al Mansour

Quittance

N° 394369 / B

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
de		
pied CHFP		M. 50
Total .....		M. 50

Cachet du  
Service

Le ..... 200  
Signature du  
Régisseur