

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

## ctions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## que :

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

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° M21- 067372

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 938

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RAFID Abdellah

30/06/1942

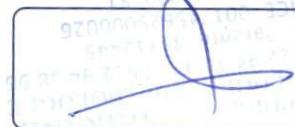
Date de naissance :

Adresse : 191 B<sup>th</sup> DAKHLA

Tél. : 0676135577 Total des frais engagés : 000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/02/2020

Nom et prénom du malade : MC HAMRI FATHNA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : goutteux

verreux

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 : Casablanca

Le : 16/02/2020

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
16/01/2011	Urgence Spécialiste Dr Schaffner (un j. cat. 1)	6000	6000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز تشخيص وعلاج الأوعية والأوردة والدولي  
**CENTRE d'Exploration VASCULAIRES**

Dr. ounnia BENKIRANE

Diplômée de la faculté de  
Médecine de Limoges  
Angiologue - Phlébologue  
Maladies des Artères - Veines  
Lymphatique  
Traitement des varices

الدكتورة أمينة بنكيران

حاصلة على دبلوم بكلية  
الطب بليموج

طبية متخصصة في الشرايين،  
الأوعية المقاوية، الدولي،  
وعلاج الدولي الوريدية

**Casablanca, LE 16/02/2022**

ICE : 001745629000026

INP : 091023796

**FACTURE**

**Nom Et Prénom Du Patient : MME HAMRI FATNA**

*Nous vous prions d'accepter l'expression de  
nos sentiments distingués et de recevoir  
suivant l'usage la note d'honoraires pour les  
examens suivants :*

01 SEANCES DE SCLEROSE 600.00 DH LA SEANCE  
EN MOUSSE

Arrêté la présente facture à la 600.00 DHS

SIX CENT DIRHAMS

Résidence Kheir 237,  
angle Bd. Zerkouni  
et Bd d'Anfa Casablanca  
SECRETARIAT & PRISE DE  
RENDEZ-VOUS  
Tél.: 05 22 94 38 96  
05 22 94 38 97  
07 07 73 73 13

إقامة الخير شارع الزرقطوني 237  
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء

المائف : 05 22 94 38 96  
05 22 94 38 97  
07 07 73 73 13