

# 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.

## 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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 080310

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1234 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAERI Abdelkader

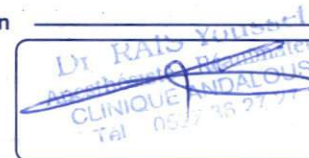
Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Bloc: 0 - N° 07 - HAY SAADA HAY HASSANI CASA.

Tél. : 06 74 31 58 18 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/03/2022

Nom et prénom du malade : SAERI ABDELKADER Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Coliques néphrétiques

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 : CASA Le : 14/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



# RELEVÉ 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
22/03/22		Montant voir facture	(752,0)	

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

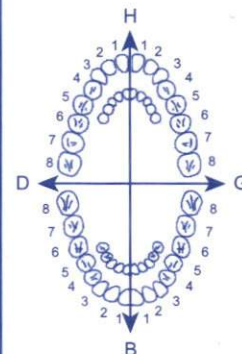
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

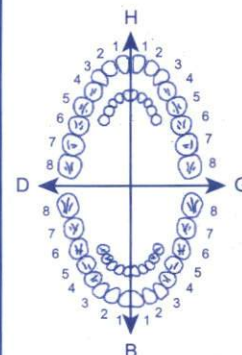
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



# CLINIQUE ANDALOUSS

MULTIDISCIPLINAIRE

ICE:000159092000064

CASABLANCA

Tél : 05 --- Fax: 05 ----

## F A C T U R E

ICE: 000159092000064

N° : 174 / 2022 du 02/03/2022

Médecin traitant : DR. RAIS YOUSSEF

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr SAFRI ABDELKADER	Payant	02/03/22 02/03/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE	URG	1,00	100,00	100,00
			Sous/Total	100,00
PHARMACIE		1,00	300,00	300,00
			Sous/Total	300,00
Total clinique				400,00

DR. RAIS YOUSSEF (reanimateur/anest)	CS	1,00	350,00	350,00
			Sous/Total	350,00
Total autres prestations				350,00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	750,00
SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS		

CLINIQUE ANDALOUSS  
Av. Driss el-Khoukri - Casablanca  
Paiement : 45605793  
Tél : 05 22 36 27 27



# **ANNEXE PHARMACIE**

Nom patient : SAFRI ABDELKADER			
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
OEDE INJ PHARM INJECTA (01)	1,00	95,00	95,00
ONDANSETRON PH INJECTA (01)	1,00	94,00	94,00
PERFALGAN 1 g INJECTA (12)(1)	1,00	34,02	34,02
<b>Sous-Total pharmacie</b>			<b>223,02</b>
COMPRESSE 10 (001)	1,00	10,00	10,00
INTRANULE ROSE G 20 (100)(1)	1,00	8,00	8,00
PERFUSEUR A (001)	1,00	15,00	15,00
SERINGUE 10CC (001)	1,00	4,00	4,00
SERUM SALE 500 INJECTA (01)	2,00	20,60	41,20
<b>Sous-Total parapharmacie</b>			<b>78,20</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>301,22</b>

  
**CLINIQUE ABDELLOUSS**  
 Av. Driss Slaoui - Casablanca  
 Patente : 85605793  
 Tél. : 05 22 36 27 27