

# 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 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

N° P19- 0033648

123126

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2942 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DBACI ABDESSAÏD

Date de naissance : 27-09-1958

Adresse : Blr 1 N° 12 DÉOURA

Tél. 0651692944 Total des frais engagés : 272,80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/07/22

Nom et prénom du malade : Semhaj zohra Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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 : DEOURA Le : 07/07/22

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/02/22	CP		250,00	DRS 77501 11/02/2022 Signature

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE BÉNÉFICE</b> <b>MAROUANE MS</b> Docteur En Pharmacie Khadija Bd. Oum Rabaa - Deroua T. : 0524 20 58 <b>INPE</b> <b>0840245</b>	07/07/22	272,80 DH

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## 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 de l'ODF.

**DR. Chouaikh AFAF**  
**Médecine Générale**

107, Lot El Wahda II - 1er Etage  
 Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

**الدكتورة الشويخ عفاف**

**الطب العام**

لابق الأول  
 05 22

أدو<sup>®</sup>  
 أموكسيلين + حامض كلاغيلانيك

Deroua, le

07/07/22

LOT : 3920  
 PER : 10-23  
 P.P.V : 132DH00

غ ١٢٥ / ١

كيس 16

S en haj zotra

132x00 -

A clair

1g

35,30  
 2-

1st + 2g

40

35,30

47,80

PSIK

fer

3g

57,70

PSIK

casem

6g

P.D.V.  
 EXP. :  
 Lot N° :

47,80

272,80

- bed ele -  
 1st + 2g + 5g



PHARMACIE BEN M'SIK  
 MAROUANE M'SIK  
 Docteur En Pharmacie  
 Lot. Khadija Bd. 100m Rabta  
 GSM : 0522 53 20 56  
 Deroua