

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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**

N° W21-699939

123590

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01696

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSL

AI AL

Date de naissance : 01-06-1956

Adresse : OULFA lot ESSAFA N° 44 app 1 RACHA

Tél. : 0661693366 Total des frais engagés : 400 DH

Dr LASRY BENITO - GABRIEL

Cadre réservé au Médecin ICI: 001816490000007

INPE: 091168583

Patente: 34715840

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/4/2022

Nom et prénom du malade : N° MAHILA Malika Age:

Lui-même

Conjoint

Enfan

Lien de parenté : *Marié*

Nature de la maladie : Varus Thrombophlebite

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'até médecin 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 : Casablanca

Le : 25/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# 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
29.6.2022	C	400.24	400.24	Dr L. ISRV BENITO - GABRIEL TCE: 001816490000007 INPE: 091168583 Patente: 34715840

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

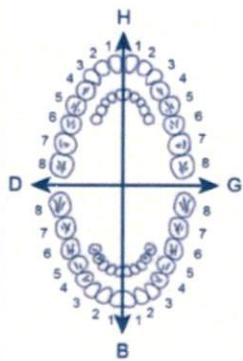
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

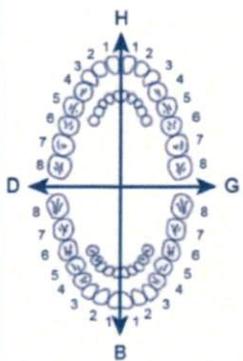
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

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



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX



MONTANTS DES SOINS



DEBUT D'EXECUTION



FIN D'EXECUTION



COEFFICIENT DES TRAVAUX



MONTANTS DES SOINS



DATE DU DEVIS



DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Docteur Gabriel LASRY**

Ancien Interne des hôpitaux de Paris  
Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la faculté de Paris  
Membre de la société de pathologie vasculaire  
Membre de la société française de Phlébologie

*CHIRURGIEN VASCULAIRE*

**Casablanca LE 29/04/2022**

**FACTURE**

Nom Et prénom du patient **MME NAHILA MALIKA**

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

*CONSULTATION CHIRURGICALE                  400.00DH*

*Arrêté la présente facture à la somme 400.00*

*QUATRE CENT DIRHAMS*

Dr LASRY BENITO-GABRIEL  
CHIRURGIEN VASCULAIRE  
237, Bd Zerkouni - Casablanca  
Tél: 0522 29 26 85  
INPE: 091168583 - Pat: 34715840