

# 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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)

Maroc 13

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0016293**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI, Mohamed Date de naissance : 1942 (31-12) 42

Adresse BOC 210024 Gil city ville Ville n°telle 81-4

Tél. : 06 80 166 55

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : 31/8/2022

  


## 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
31/08/22	B1A/B9/36	B86	23,88	
EP			A régler q.s. à la part mutuelle	31 AOUT 2022

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

## 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'ODR.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hôpital Bicêtre  
78 rue du Général Leclerc  
94275 LE KREMLIN BICETRE  
Standard : 01 45 21 21 21

N° FINESS



940100043

Prénom et Nom du patient :

**M ALAOUI, MOHAMMED**

Age : 79 ans

**SERVICE DE RADIOLOGIE  
ADULTE**

Chef de service  
Pr Marie-France BELLIN  
📞 01 45 21 33 87  
📠 01 45 21 32 00  
✉️ marie-france.bellin@aphp.fr

Secrétariat général :  
📞 01 45 21 33 72  
📞 01 45 21 33 73  
📞 01 45 21 30 43  
📠 01 45 21 32 09  
✉️ brv.radiogen.bct@aphp.fr

Cadres :  
📞 01 45 21 23 45  
📞 01 45 21 35 86

Accueil :  
📞 01 45 21 33 78

Rendez-vous :  
📞 01 45 21 28 38  
📠 01 45 21 33 70

Mammographie :  
📞 01 45 21 72 33  
📞 01 45 21 28 09  
📠 01 45 21 32 09

**ORDONNANCE**

ACTE GRATUIT

**Pour un examen de scanner**

*Pensez à vous procurer chez votre pharmacien (72 heures à l'avance) le produit suivant :*

- **XENETIX 350 mg : 1 trousse de flacon de 150 ml EXP  
Code CIP 3400933771423  
Non substituable**

*A apporter le jour de votre examen*

Pr M.F. BELLIN



Dr OLIVIER SYRIEX  
LBM CENTRAL 92  
Identification 920028032

Feuille de soin N°

Mr Mohammed ALAOUI  
199 RUE JB CHARCOT  
92400 COURBEVOIE

Réf. du dossier :  
C20221015005

COURBEVOIE, le Samedi 15 Octobre 2022

## **QUITTANCE D'HONORAIRES**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à la caisse pour votre remboursement.

Dossier

---

Demande N° C20221015005  
Date de l'examen : 15/10/2022

N° SS de l'assuré(e) : 142129938041289  
Né(e) le : 31/12/1942

### **Récapitulatif quittance d'honoraire :**

---

Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
17.42	6.97	10.45	0.00

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

