

# 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

- Reclamation : 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)

M22- 0006650

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

achat libre en pharmacie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07934 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bennis Naima

Date de naissance : 18.05.1958

Adresse : Marzif ext.

Tél. : 06.61.13.05.99 Total des frais engagés : 97,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :



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 : 12.10.22

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Reçu du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Pharmant de la Facture
<i>Abdou Hassan Saghir</i> Pr. Abdou Hassan Saghir Rue Hassan II Casa. Tel: 0522 23 11 11	12/10/2022	<i>Abdou Hassan Saghir</i> Pr. Abdou Hassan Saghir Rue Hassan II Casa. Tel: 0522 23 11 11

## 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 de l'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
G	

## **(Création, remont, adjonction)**

Parcours, thérapies, nécessité à la progression

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The circles are numbered from 1 to 8 in a repeating pattern. Arrows point from the center of each circle to the center of the circle directly above it. The grid is bounded by a large arrow pointing right and a large arrow pointing down.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PH. AL MAWLID

S.A.R.L

RES AL MAWLID 2 RUE IBNOU KATIR MAARIF EXT CA

MME BENNIS NAIMA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35873151

I.C.E. :

N° R.C. : 250445

N° ID.F. : 40457105

N° ICE 000198434000077

N° CNSS : 2010122

Tel : 0522231706

Le : 12/10/2022

Fax : 0522235442

FACTURE N°: 3249/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	IMODIUM 2MG 20CPS	30.50	30.50
1	ULTRA-LEVURE 250MG/20 SAC	67.00	67.00

TVA 7%: 6.38 Total : 97,50

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUATRE-VINGT DIX SEPT DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

