

# 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

- Réclamation : 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- 0026633

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1706 Société : RAM 146177  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : EL KARAFI MOHAMED  
Date de naissance : 01-01-56  
Adresse : 14 AV ARSALANE AV 8 AV 147 CASA  
Tél. : 06 79 74 72 78 Total des frais engagés : 45.00 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 : .....

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 : CASA Le : 17/01/23

Signature de l'adhérent(e) : El Karafi Mohamed

## 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><u>Pharmacie SYRE</u> <small>صيارة سير</small>  <u>Hassan INAM</u>  <u>Hay Arsalane Rue Amyot</u>  <u>d'Inville N°42-Casablanca</u>  <u>Tél 0522 61 38 38</u>  <u>E:001543263000092</u></p>	12/01/23	# 45,00 #

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Désignation 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie SYRIE صيدلية سوريا

**Hassan INAM**  
Hay Arsalane Rue Amyot  
d'Invilie N°42-Casablanca  
Tél 0622 61 38 38  
E:001543263000092

Casa Le 17/01/2023

FACTURE N° 3

M R KADAFI MOHAMED

Quantité	DÉSIGNATION	P.U.	Montant
1	Zovirax 1000 mg 100	4500	4500
La présente Facture est remise à la somme de			
Quarante cinq DH			
ID:651125	GlaxoSmithKline Maroc		
	Ain El Aouda		
	Région de Rabat		
	PPV:45,00 DH		
6	Barcode: 118001 141548		
<p style="text-align: center;"><b>Pharmacie SYRIE</b>          ميدالية سوريا          Hassan INAM          Hay Arsalane Rue Amayet          d'Inville N°42 Casablanca          Tel 0522 61 38 38          E:001513263000092</p>			
<p style="text-align: center;"><b>Pharmacie SYRIE</b>          ميدالية سوريا          Hassan INAM          Hay Arsalane Rue Amayet          d'Inville N°42-Casablanca          Tel 0522 61 38 38          E:001513263000092</p>			

Pharmacie SYRIE  
Bab el Oued INAM  
Hay Arsalane RUE AYAOU  
d'Inville N°42 Casablanca  
Tél 0522 61 28 38  
02154326300000

Pharmacie SYRIE  
Bab el Oued INAM  
Hay Arsalane RUE AYAOU  
d'Inville N°42 Casablanca  
Tél 0522 61 28 38  
02154326300000