

# 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

- 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00687

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHLOU Saïd

Date de naissance :

20/02/43

Adresse :

lets larla n°16 AV Sousse Zemmoura

Tél. :

0668071437

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Signé:  
Dr. SAGHROUCHNI Farouk

Date de consultation :

20

Nom et prénom du malade :

LAHLOU Saïd

IN POF  
03.12.32  
380

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

bronchite accompagné de vergette

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 :

Le : 12/01/2023

Signature de l'adhérent(e)

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-034178

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 00687

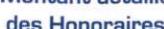
LAHLOU

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 479,30

Date de dépôt : 10/01/2023

#### **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
20/01	C		G 	DI SAGHROUCHI Farouk

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
M. Pharmacie MOURCHID Dr. Leoubek MOURCHID 2 Bd. TADHIA - Nertea C - FR INPE. 142028838	20/11/2023	472.30

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### · VOLET ADHERENT

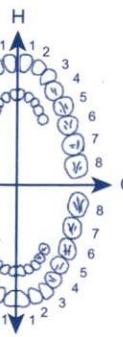
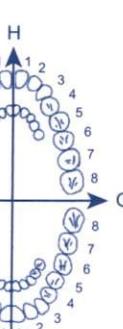
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	Coefficient des travaux
	D	21433552 00000000 11433553	B	Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Signé :

Dr. SAGHROUCHNI Farouk

Le : 20/01/2023

## ORDONNANCE

LAHLOU SAÏD.

99,00 x 8 / 198,00

1/ ACLAV 2g *(A's)*

25,00 1 sachet x 35 x 8 j

2/ DR. LL sirup

1 ccs x 2 j x 10

99,00  
3/ edes 2-7 *(A's)*

50,00 x 3 / 150,00  
4/ TANGLAMIR 2csp 1 j x 400

Signé :

Dr. SAGHROUCHNI Farouk

2csp x 35 x 1  
472,30

ACLAV 1g/125mg Poudre pour suspension buvable, 12 sachets

6 118000 091684

ACLAV 1g/125mg Poudre pour suspension buvable, 12 sachets

6 118000 091684

Pharmacie  
MOURCHID  
Bd. TADHIA - N° 2  
INPE. 142028638

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV

25,00

OEDES 20mg  
28 gélules

6 118001 100088

Pharmacie  
MOURCHID  
Dr. BOURABY MOURECHID  
2, Bd. TADHIA - N° 2 C - FES  
INPE. 142028638



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tanganol 500mg cp b30  
50,10 DH

