

## 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.
  - les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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.

## Bééducation :

- 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 une fois par an.

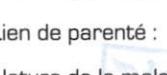
## Adresses Mails utiles

- 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.



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <span style="float: right;">901720</span>			
Matricule : <u>1241</u>	Société : <u>BPM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>retraitée</u>
Nom & Prénom : <u>J. H. A u J. N E S</u>			
Date de naissance : <u>29/48</u>			
Adresse : <u>Morini Rue 72 n° 18-20.</u>			
<u>Haut financiar CATIBI INCA</u>			
Tél. : .....	Total des frais engagés : .....		
			Dhs

<p><b>Cadre réservé au Médecin</b></p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>	 <p><b>C.N.D.P.</b> Centre National de la Sécurité Sociale</p> <p><b>Dr Hamed HAMDANI</b> Equipe de Réanimateurs Dr Hamed HAMDANI - Dr El Ourzadi Age: 40 ans Clinique Casablanca 187</p> <p><b>Dr Hamed HAMDANI</b> Equipe de Réanimateurs Dr Hamed HAMDANI - Dr El Ourzadi Age: 40 ans Clinique Casablanca 187</p> <p><b>Dr Hamed HAMDANI</b> Equipe de Réanimateurs Dr Hamed HAMDANI - Dr El Ourzadi Age: 40 ans Clinique Casablanca 187</p> <p><b>Dr Hamed HAMDANI</b> Equipe de Réanimateurs Dr Hamed HAMDANI - Dr El Ourzadi Age: 40 ans Clinique Casablanca 187</p>
Date de consultation : <i>14/01/2024</i>	
Nom et prénom du malade : <i>TWATLI ZINEB</i>	Age: <i>40</i>
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>CIRRHOSE HEPATIQUE</i>	Pathologie: <i>ALD ALC</i>
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>TOUJOURS 2024</i>	
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.	

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutualité.

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 : CAPTE Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent[e] : .....

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

#### **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
14/01/2024	C.S	1200 1200 Equipe Reanimateurs Dr Harti - Dr El Ourzadi	1200 Dr El Ourzadi	Dr El Ourzadi
				Clinique HAMDANI Casablanca
<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Derb Ghali Maafif Casablanca MPE 0900032787 Montant de la Facture FACTURATION		
DR HASSAN	14/01/2024	888,48		

## **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



PPV: 24.50 DH  
PER: 07/12/2027  
LOT: 14223015

Casablanca, le 14/01/2024

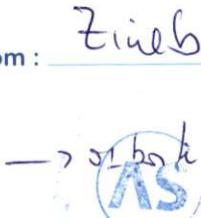
ORDONNANCE

Nom : THAÏLI

Prénom : Zineb

131.60

1) Ciprofloxacin cp 500 mg → 14/1Jr



mg x 6 jours

2) Laplix cp 500 mg → 14/1Jr

34,60 x 2

3) Avlo cardyl

41,80 x 2

→ 14/1Jr

→ 14/1Jr

→ 14/1Jr

4) Ivermectin cp 400 mg → 14/1Jr

35,50 x 2

5) Meloxicam cp 7,5 mg → 14/1Jr

26,50 x 2

6) Ac jol 50 mg → 14/1Jr

26,90 x 2

Lamisil

26,90 x 2

7) Lamisil

26,90 x 2



