

# 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **5694** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **Rahma**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 10 38 24 40** Total des frais engagés :

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



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

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  En .....

Nature de la maladie : **Rahma**

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
		601-0	<i>Signature du Médecin Casablanca S.A.U.</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Net et signature du Soigneur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/08/19	6 Max - CSC	180/- 60/-

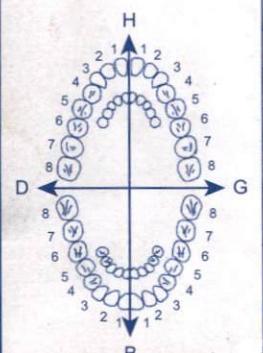
### AUXILIAIRES MEDICAUX

Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

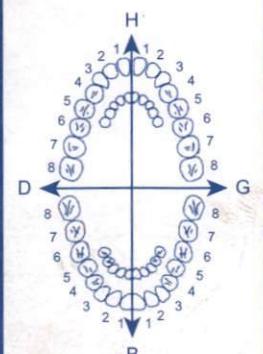
Le praticien est prié de préparer

Important :  
Veuillez joindre les radiographies

### SOINS DENTAIRES



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



Ministère de la Santé

C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Formation : *HSBDA*

Reçu de M : *Yousra*

La somme de : *60/-*

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Total	60/-

Quittance  
Hôpital Ibn Rochd

N° 348987

le 03/08/19

Signature du  
Régisseur et Cachet

Quittance  
Hôpital Ibn Rochd

N° 348986

le 03/08/19

Signature du  
Régisseur et Cachet

Ministère de la Santé  
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Formation : *HSBDA*

Reçu de M : *Ghania M*

La somme de : *180/-*

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<i>6 Max</i>	
<i>- CSC</i>	
Total	180/-

25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

### DES TRAVAUX

### MONTANTS DES SOINS

--

### DATE DU DEVIS

--

### DATE DE L'EXECUTION

--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION