

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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 : 5921 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SENE

EMbank

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663 124 591

Total des frais engagés :

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 : .....

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>  <b>Date du devis</b>  <b>Fin de</b>						
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire									
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 40%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	
D	H	G									
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553										

X  
**VOLET ADHERENT** NOM : SENE EMBARL

Mle 1922

DECLARATION N° W18-139145

Date de Dépot Montant engagé Nbre de pièces Jointes

03/10/19 858,20 DH

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**

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



W18-139145

DATE DE DEPOT

03/10/2019

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom : SENE EMBARL

Fonction : achaluc Phone : 0663 174531

Mail :

## MEDECIN

Prénom du patient :

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : ..... Date : .....

Nature de la maladie :

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

## PHARMACIE

Date : 18/09/19

Montant de la facture

858,20

Pharmacie 111  
Dr. Bennani Jaber  
302, Bd Oued Sbibha  
CASABLANCA  
Tél: 0522 97 00 00

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires



# PHARMACIE TAM

Client : Mohamed Sine

Facture N° 00663

Casablanca, le 18/09/99

QUANTITE	DESIGNATION	P.U	TOTAL
2	EXFORGE 10/160	361,00	722,00
2	TENORETIC 50/75	68,75	137,50

**maphar**  
Km 10, route côtière 111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sébaâ  
Casablanca - Maroc  
TENORETIC 50MG/12,5MG CP PEL B30  
P.P.V. : 68DH10

6 118001 182350

112348-A14-MA  
611800103060 6  
**EXFORGE**  
10mg/160mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361,00 DH

17677

6 118001 182350  
P.P.V. : 68,10 DH  
b30cp mvy  
Tenooretic 50mg/12,5mg  
Q1zenata Ain Sébaâ Casablanca  
Km 10 Route Céphäre 111  
Maphar

611800103060 6  
**EXFORGE**  
10mg/160mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361,00 DH

112348-A14-MA  
10267

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

Total HT  
TVA 20%  
Total TTC

858,20

Pharmacie TAM  
Dr. Bennani Jaafar  
302, Bd Oued Sebou - Oulf  
CASABLANCA  
Tél: 0522 90 18 99

Visa Direction