

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## optique :

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

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

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)

## Déclaration de Maladie : N° S19-0018490

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8572 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MABTY Mohamed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522906797 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) : .....





## 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
11 SEP 2019	C + E	250100		 <b>Docteur SIDI ABDELLAH SOUALY</b> Cardiologue Angle Dr. S. Azemmour & Dr. Sidi Abderrahmane Imme. Communal N° 10 - Dr Etage H. Hassan Casablanca - Tel 0522 91 31 31

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELLOUE Mme. BENJELLOUH NEAMA 313, Bd. Oued Tensift EL Casablanca - Tél: 022 22 22 22	07-09-19	1665.20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates 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.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des s

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

دكتورة م. اسو  
Doctor M. SOUA  
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

Echo - doppler Cardiaque - Holter

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

الدكتورة م. اسو

احصائية اسرة

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

Casablanca, le .....

07 SEP. 2019

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

H → MAR 7 x Fattima  
203.00 x 4

- COTAREG 5.V → 60x

116.90 x 2

- Corazat 5.V 25x

Traiteret 20 30x

109.00

- D. Silen 5.V 10x 25x

28x

- Ferpleni 5.V 10x 25x  
96.00 x 3

- Ferpleni 5.V 10x 25x 10x 25x

1465.20

Sur Rendez-vous

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb

N° 10 1er

Tél. : 0522

FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0.185 mg/15 ml solution buvable

Far protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons unidoses avec bouchon réservoir de poudre pour solution ex<sup>o</sup>-imporante.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0.185 mg/15 ml solution buvable

Far protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons unidoses avec bouchon réservoir de poudre pour solution ex<sup>o</sup>-imporante.

PPV : 94,00 Dhs

FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0.185 mg/15 ml solution buvable

Far protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons unidoses avec bouchon réservoir de poudre pour solution ex<sup>o</sup>-imporante.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047