

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

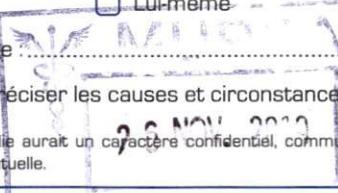
 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

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

Matricule : ..... 1603 ..... Société : ..... RAM .....

 **Actif** **Pensionné(e)** **Autre :** .....**Nom & Prénom :** ..... SAOUD MOSTAPAA .....**Date de naissance :** ..... 1949 .....**Adresse :** ..... 400, Rés "Le Palmer" Rte d'El Jadida-Casa .....**Tél. :** ..... 0664158800 .....**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 :** ..... **Signature de l'adhérent(e) :** .....   
*Saoud***Le :** ..... 24/4/19 .....*Voir ancien imprimé fond*

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MIRAS Hind JADIDAH MIRI Docteur en Pharmacie 400, Route d'El Jadida CASABLANCA Tél: 022.98.86.97 - Fax: 022.98.24.1115	21/07/15	260,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

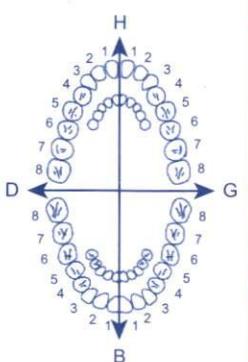
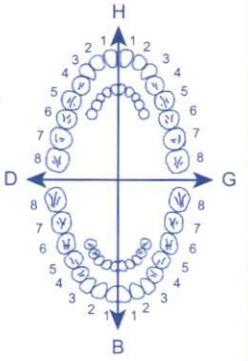
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<b>H</b>	<b>G</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
		D —————— B	G ——————	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

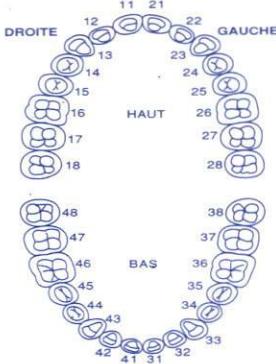
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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

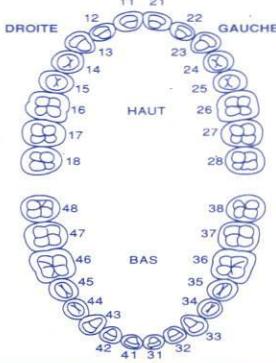
### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	00000000		00000000
	35533411		11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

### Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Date du devis

### Fin d'exécution

Signature du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° P 14 / 0033211



Mle

Date de Dépot

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

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



P 14 / 0033211

DATE DE DEPOT

/201

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 1603

Nom & Prénom SLOUD MOSTAFA

Fonction Retraité      Phones 0664 158800

Mail mostafaoud@gmail.com

## MEDECIN

Prénom du patient SLOUD SALIMA

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age

Date 03/06/09

Date 1ère visite

HDA + Diabète

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS		300 DH

## PHARMACIE

Date 12/27/19

Montant de la facture

242,00 . Pharmacie IVIMOSAS  
Hind LAKHMI RI  
Doctor en Pharmacie  
400, Route d'El Jadida  
Casablanca - Tel: 022.27.93.24. Urgence: 06.24.97.29

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

Tél: 022.27.93.24. Urgence: 06.24.97.29

CACHET

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

# الدكتورة متى منقور

## اختصاصية في الطب الباطني



KOR  
erne

ques

se (France)  
asablanca)

Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne  
Membre de la Société Française de Médecine Interne

**180,00**



علم الغدد - داء السكري  
أمراض الروماتيزم - الأمراض الجماعية  
أمراض الشبيخوخة  
رصد صحي شامل

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)  
طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)  
عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني  
عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

Casablanca, Le : 12/07/19

Mme SABOUD MAMMA

Gémâ 3 sp. 5

1-0-1 avant pdt 9 mns

Gluoset de p 462

1-0

pdt 1 mns

Dr. Mouna KOR  
Spécialiste en Médecine Interne  
119 Bd Abdelloumen, 4<sup>ème</sup> étage Appart. N° 27  
Tel: 0522 27 95 24 - Urgence 06 61 34 97 60

Pharm. HIND ALIMOSAS  
Docteur HICHMI  
100, Route n° El Jadida  
CASABLANCA  
Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76

# CLEM

Glimépiride

30 Comprimé

# CLEM

Glimépiride

30 Comprim

3 mg  
Voie orale

60,00

60,00

F P V 6 0 0 H 0 0  
P E R 1 2 / 2 0  
L O T H 2 7 8 2 -

F P V 6 0 0 H 0 0  
P E R 0 2 / 2 1  
L O T 1 4 7 8