

# 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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.

## **caire :**

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.

## **die 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



## **Déclaration de Maladie**

N° P19-0046855  
Dos n° 10575

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

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

Matricule : 7312 Société : Rotonde RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 7312  
Nom & Prénom : HAYATI Joluet  
Date de naissance : 1958 cassa  
Adresse : Hayat El Fiqhi N° 8 Rue La Fai  
Boulevar  
Tél. 060 18 19 57 22 Total des frais engagés : 500,313,20 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : Dr. ESSOUBI Abderrahim  
2019 Omnipraticien  
28 Bd Mohamed V Berrechid  
Tel: 05 22 33 15 70  
05 20 45 56 34  
Date de consultation : 16/10/2019  
Nom et prénom du malade : HAYATI Mohamed Age : .....  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Alz. Revers  
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) : S. H. S.

#### **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
11-05-2019	0	1	150,- D	BOUEI Abderrahim Bd. Mohamed V Tizi Ouzou 06 54 33 75 56

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DE LA MUSICA</b> <b>PHARMACIENNE</b> 23, 55-51-71 Bécharia	16/10/19	163.20 Dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

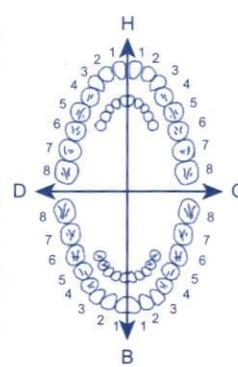
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **(Création, remont, adjonction)**

#### Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
		$  \begin{array}{c cc}  & H & G \\  \hline  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  & B &  \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	CŒFFICIENT 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'E**

**Dr. Abderrahim ESSOUBI**

MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

**الدكتور عبد الرحيم السوبي**

الطب العام  
الفحص بالصدى

Berrechid, le 16 OCT. 2019

Nom : HAYAH.  
Pds : Med

TA :

$$54,40 \times 3 = 163,20$$

TOTI PER ~~163,20~~ - 0 - 0 - 1



+ 3 res

~~Pharmacie DJEDIDI  
Mariam Djedidi  
143, Lotissement WATAN  
Tél: 013.55.31.71~~

~~Dr. Abderrahim  
Chirurgien Berrechid  
128, Bd Mohamed V Berrechid  
Tel: 05 22 33 75 70  
06 50 43 56 34~~

54,40	LOT 16003	PER 12/21	PPV 54DH40
54,40	LOT 16003	PER 12/21	PPV 54DH40
54,40	LOT 16003	PER 12/21	PPV 54DH40

128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس : 05 22 33 75 70  
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70  
GSM : 06 50 43 56 24