

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 676

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHIDLOUI HASSAN

Date de naissance : 17/07/1960

Adresse :

Tél. : 0661062747 Total des frais engagés : 418,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15, 28, 29/08/2011

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète obésité

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 : Centre Allal Ben Abdellah Le : 15/08/2011

Signature de l'adhérent(e) : Hassan

#### **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
5/8/22	G		5	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien <b>PHARMACIE ABOU ZAID</b>	Date	Montant de la Facture
S.A.R.L Rue 36 N°04 Massira 2. Bournazel Casablanca Tel 0522 70 22 84 Fax: 0522 71 30 71 <b>INPE</b> <b>092001197</b>	15/08/2022	418,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

**RELEVEZ LES 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'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<b>MATERIAU</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">B</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	D	G	B		<b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin-bottom: 10px;"></div> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin-bottom: 10px;"></div> <b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin-bottom: 10px;"></div> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px;"></div>
	H							
D	G							
B								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

LE : 15 / 09 / 2022

NOM : M'KHIDIoui HASSEN

**PHARMACIE ABOU ZAID**  
 S.A.R.L

Rue 36 N°04, Massira 2. Bournazel  
 Casablanca

Tel: 0522 70 22 84 Fax: 0522 71 30 79

PRODUIT :

~~DOTAREM 10ml~~

CLARISCAN 15 ml

CLARISCAN™ 0,5 mmol/ml  
 SOLUTION INJECTABLE 1x15ml

PPV  
 418DH00