

# 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 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.

## 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

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 : 9616 Société : 136138

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KANIA SAID

Date de naissance : 21/09/1962

Adresse : BARNOUSSE

Tél. : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés: \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/09/2012

Nom et prénom du malade : KANIA SAID

Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gastro - endo

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
26/09/11	G		150 IV	<i>[Handwritten signature over a circular stamp]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature]</i> ALAHUSSA - CASABLANCA TÉL : 05 22 78 78 88	26/09/11	1117.160

## 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
		AM	PC	IM	IV	

## 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'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Batch:  
Mfg. date:  
Exp. date:  
PPC:

020321  
03/2021  
03/2023

PPV 29 DH 10  
PER 06/24  
LOT L 2234

65.00 Dhs



29,10

D.U nutrition Faculté de médecine Casablanca  
Echographie - ECG

Casablanca, le

26/09/20

الدار البيضاء ، في



of Filfer —  
65,00

1/2 - 1/2 - 1/2



29,10

Dolifen

600

(ibc) 11

INPE: 02000975 0

PHARMACIE ABDESSAMAD  
HAY AL AZHAR, ZONE H, BLOC 12 N°4 ET<sup>5</sup>  
(COMPLEXE AHN LOQHAM)  
SIDI BOU MOUSSI - CASABLANCA  
Tél: 05 22 78 76 86

Tel: 06 73 23 18 28  
Fixe : 05 22 74 63 16

GH 09,1 شقة رقم 3 الطابق السفلي  
حي الأزهر مدينتي سيدى البرنوصي البيضاء

Y III  
53,00

Lo :  
- - - - -

AS

PHARMACIE ABDESSAMAD

Dr. SARHANI ABDESSAMAD

HAY AL AZHAR, ZONE 14, BLOC 12 N°4 ET 5

( COUZINE AHL LOQLAM )

SIDI BERNISSI - CASABLANCA

Tél : 05 22 76 76 86

DR. EL YAHIA  
Diabète, hypertension artérielle, cœurs, maladie de la peau et des os.  
Membre de l'Ordre des Médecins et Chirurgiens de la République Algérienne  
Généraliste et Médecin de la Famille à Casablanca  
Téléphone : 05 22 76 76 86