

# 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

- Reclamation : 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 : 54.178 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN ABDELKrim EL FILAL Samir

Date de naissance : 15/6/1960

Adresse : YOUSSEFIA APT 19 Jnane californie

Tél. : 0669650503 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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....



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 : Casablanca

Le : 15/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Samir Ben Abdelkrim



## 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 DÉCISIONS

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                           | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ADDIAR<br>16-18 Rue des Ardilliers 44130 SAINT-NAZAIRE | 11/11/2022 | 995,00                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | C        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

## (Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE ADDIAR CASA**  
**16/18 Rue Addiar el jadida**  
**Ain chock Casablanca**  
**Tel : 0522 507519**  
**N° Patente 34025102**



SHAKIRAH ADDIAR  
16-18 Rue 3 Addiar Al Jadida  
UnCheck-Case-022-50.75.19

FACTURE n°

Date 14/11/22

CLIENT: BEN A B DEL Krim EL  
FILALI SAMIA  
Mle 5118

Arrête la présente facture à la somme de :

é à la somme de: ~~neuf cents quatre-vingts~~ ~~neuf~~ ~~Dalat~~ ~~20 cts.~~ neuf cents quatre-vingts

LOT D467103C.3  
UT AV 08 2024  
PPV 111.00

LOT D457343F.1  
UT AV 10 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D457343F.2  
UT AV 10 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D467103E.1  
UT AV 08 2024  
PPV 133.00 -

LOT D467103E.1  
UT AV 08 2024 LOT D467103C.3  
PPV 111.00 DH UT AV 08 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D467103E.1  
UT AV 08 2024 LOT D467103C.3  
PPV 111.00 DH UT AV 08 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D467103  
UT AV 08 20  
PPV 111.00

LOT D467103C.3  
UT AV 08 2024  
PDA 177.00 DH