

# 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.



# Déclaration de Maladie

N° W21-768522

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12462

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GENAINE ICHRAK

Date de naissance :

23.10.71.1985

Adresse :

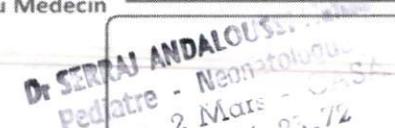
26, bd de la meqli

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05/10/14 10:30-12:30

Nom et prénom du malade :

Ben addefjatil Jina

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Angine

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'at:

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casa

Signature de l'adhérent(e) :

Genell



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# 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
5/10/2022	G2		300	INP : 11111111111111111111111111111111 SERRAJ ANBALOUSSA Nematologue Radiateur 2 NMS 26.20 22 AV. 022 86.20

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMAMENTIE BAC 1er BAC 2022 022 86.20	07/10/2022	306.30

## ANALYSES - RADIographies

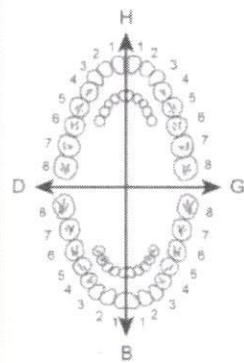
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

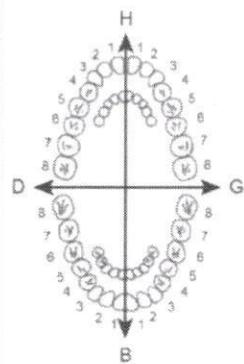
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
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'EXE

Dr.SERRAJ ANDALOUSSI Naïma  
Pédiatre-Néonatalogue

الدكتورة سراج أندلسي نعيمة  
اختصاصية في طب الطفل والرضيع

سراج  
أندلسي

٢١/١٠/٢٢

PHARMACIE BACHOU  
Bachou  
Mobil 0661 23 35 49  
AMRI 0661 23 35 49  
Pharmacie Bachou

رسالة لدكتور سراج

186.8

93.40 x 2

لاريفيتون ١٠٠

(S.I)

لاريفيتون ١٠٠

٤٥.٠

Bromiglucose

٤٥ (S.V)

٦

٢٩.٥

Agipal ١٥٠

(S.V)

٦

٣٠٦.٣٠

١٥٠ x ٢٥

٦

Dr SERRAJ ANDALOUSSI  
Pédiatre - Néonatalogue  
AV. 2 Mars 122  
05.22.86.23.72

8 032578 479263

220102

03/2025

Lot:  
À consommer  
avant le:

PPC: 79,50 DH

93,40

93,40

