

# 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.

M22- 0044284 *Par la suite*

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : **2135**

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : **Mohammed Ryad Ga** **138953**

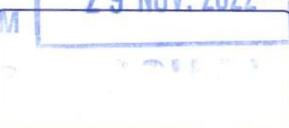
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **M22-0044284**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### **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 ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

#### VOLET ADHERENT

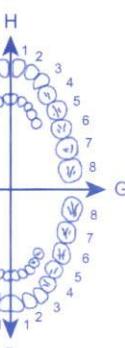
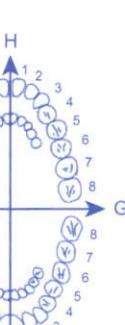
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

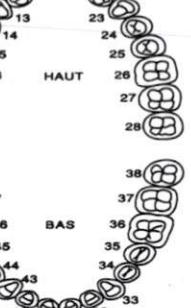
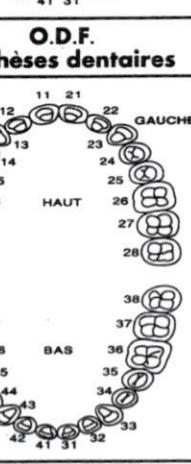
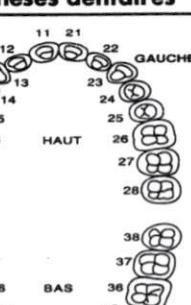
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

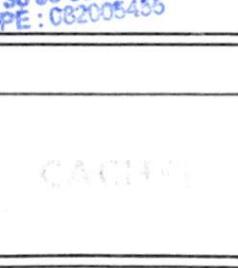
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
					<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
	$\begin{array}{r l} H & 21433552 \\ \hline D & 00000000 \\ & 00000000 \\ & 35533411 \end{array} \quad \begin{array}{r l} G & 00000000 \\ \hline & 00000000 \\ & 11433553 \end{array}$ <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
<b>Visa et cachet du praticien attestant la validité</b>					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
					<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
					<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
					<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>



P17 / 050336

**DATE DE DEPOT**

23 / M / 2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 2135	 Mme de l'adherent	
Nom & Prénom : mohammed RGUIEGU				
Fonction : Retraite	Phones : 0536501309			
Mail HAY ELAND ALLOUS Bd. Mad. El Bouhlali F: 82 003.				
MEDECIN	Prénom du patient : Yamine			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : 1956	
Nature de la maladie :		Date : 23 NOV 2022		
HTA, Diabète T2		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
		150,00 HT		
ACIE	Date : 23/NOV/2022	 		
à facture	411,80	Pharmacie AL HIDAYA Mme Kaima BENALI Docteur en Pharmacie 1, Rue Séhili - Hay Andalous Tel. : 05 36 50 60 55 - OUJDA IMPE : 082005455		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date .....	CACHET	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....		 CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Dr. MOHAMED SADKI  
Médecine Générale

Diplôme en échographie générale  
De la faculté de médecine de rabat  
Diplôme de suivi du diabétique- Fès

الدكتور محمد الصادقي  
الطب العام

مجاز في الفحص بالصدى  
من كلية الطب بالرباط  
متابعة مرضى السكري

وَجْدَة، فِي: 23 NOV 2022 Oujda, Le

Pearson's yellow

~~84,80 x 3~~ Présent 80° 

1,1 r le mat

~~78,70 x 2~~ Di amicam 60° 

~~157,40~~ 1 o

*U.N. 80*  
**Pharmacie AL HIDAYA**  
Mme Naima BENLALI  
Docteur en Pharmacie  
1, Rue Sanabil - Hay Andalous  
Tél. : 05 36 50 60 55 - OUJDA  
INPE : 082005455

DÉPARTEMENT  
DE MOHAMMED VILLE  
ROUTE SIDI YAHYA  
TÉL: 06 48 61 12 25  
N° IMP : 081095102

طريق سidi يحي تجزئة جبار رقم 1 و 2، رقم الهاتف: 06.48.66.57.25



6 118000 041627

PPV: 84DH80  
PER: 07/25  
LOT: L2427



6 118000 041627

PPV: 84DH80  
PER: 05/25  
LOT: L1788-1



6 118000 041627

PPV: 84DH80  
PER: 07/25  
LOT: L2427



6 118001 130153

78,70



6 118001 130153

78,70