

# 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUUPRAS 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

150373

par Courrier

150373

Matricule : 1856

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAM

Date de naissance :

1956

Adresse :

50 lot. KHALFAOUI oujda

Tél. :

661 820 500

Total des frais engagés : 629,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

D KERZAZI Mohammed  
CHIRURGIEN  
39 Bd Mohammed V - OUJDA  
Tel : 05 36 68 45 10

Dr KERZAZI Moha  
CHIRURGIE  
39 Bd Mohammed V - OUJDA  
Tel : 05 36 68 45 10

Date de consultation :

25/01/23

Age : 66

Nom et prénom du malade :

SIADOU KHTNATA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome inflammatoire

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 :

Oujda

Le : 25/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0053694

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
15/01/19	C	1	150.00	DR KERZAK MOHAMED CHIRURGIEN 29 Bd Mohamed V - OUJDA Tél 0535 68 45 10

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formuliste	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA CHAMÉE INPE: 0820310000 BD. MED. BENAKHDER - 061 08 82 22 T. 70 47 96	25 Janv 2023	479,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KERZAZI Mohamed  
CHIRURGIEN  
Expert Assermenté  
Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097  
39, Boulevard Mohammed V  
Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA

الدكتور كرزازي محمد  
طبيب جراح  
خبير محلق  
لدى محكمة الاستئناف بوجدة  
39، شارع محمد الخامس  
الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة

Oujda, le 25/01/23 وحدة، في

Station X

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10  
EXP 09/2025  
LOT 26008 2

PPV 188.00 DH

GTIN: 06118001260850  
LOT: 3973  
MFG: 03 2022  
EXP.: 03 2025  
PPV: 94Dhs00

DUOXOL 500mg/2mg دوكسول  
Boîte de 20 comprimés

ملينة من 20 فرم

PPV: 49.00 DH  
LOT: 21I29  
EXP: 09/2024

رقم التسجيل: 258/19 DMP/21/NRQ

Azyter 15 mg/g  
Collyre, B/5 récipients unidoses  
PPV: 76.20 DH

6 118001 101801  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

TOIRE UNITHER