

# 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 rééducation.
- 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

- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

153905

## Déclaration de Maladie : N° P19-0002285

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003715 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KACHAL IJTOU Date de naissance : 1948

Adresse :

Tél. : 665275386 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/02/2023

Nom et prénom du malade : KACHAL IJTOU Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Seigneur

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**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du pharmacien ou du fournisseur        | Date              | Montant de la Facture |
|---|-------------------|-----------------------|
| <i>Gracie PRIMARIA SARL<br/>N° 22 53 2083</i> | <i>28/02/2023</i> | <i>139,50</i>         |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Imports:

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 <input type="text"/> |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |  |
|                              |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |  |
|                              |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |  |
|                              |  |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |  |
|                              | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                  |             | H  | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H                            | 25533412   | 21433552         |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |  |
| D                            | 00000000   | 00000000         |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |  |
| B                            | 00000000   | 00000000         |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |  |
|                              | 35533411   | 11433553         |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |  |
|                              | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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"/>     |          |          |   |          |          |   |          |          |  |          |          |  |

# ordonnance 0612229564

Cachet du médecin

**DR BIFI FATHIA**  
MEDECIN GENERALE ECHOGRAPHIE  
Lot.Khadja Centre Commercial DROUA  
Tél 0612229564

A .....  
**D GNA**  
 DR BIFI FATHIA  
 MEDECIN GENERALE ECHOGRAPHIE  
 Lot.Khadja Centre Commercial DROUA  
 Tél 0612229564

28/02/2023

KITCHA

I JJou

66,00 ① Ari my ce 80. 181 J N°3 J !

59,50 ② euros

14,00

139,50

Pharmacie PRINCIPALE DEROU ce

Bloc U N° 1 Daroua

Tél : 05 22 53 20 83

**DR BIFI FATHIA**  
MEDECIN GENERALE ECHOGRAPHIE  
Lot.Khadja Centre Commercial DROUA  
Tél 0612229564

1 g. 07 = 03

G a wale 1 f 21 J

05/65 PPI 5202/01  
05/65 PPI 5202/01

00 H C 9 1  
9 2 6 6 0  
4 0 5 1 2  
H C 0 0 0  
0 0 0 0 0

PPV: 14 PPI 0  
PER: 12/25  
LOT: L3739

66/00

soil