

# 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.



## 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
26/06/23	G 2			<i>[Signature]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	06/06/23	13682

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

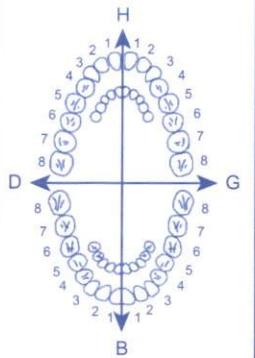
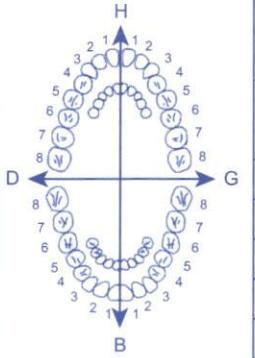
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  <b>FIN D'EXECUTION</b>   <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> 

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

### (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



CENTRE  
D'HEMODIALYSE ET  
DES MALADIES RENALES  
ABDELMOUMEN

مختبر تصفية الدم و أمراض الكلى عبد المؤمن

Maladies rénales • Hémodialyse • Lithiases rénales • Echographie • Biopsie rénale

الدكتور عبد العزيز الشراibi

Dr. Abdelaziz CHRAIBI

Maladies du Rein-Dialyse

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris



0910422606

الدكتور المصطفى فاتحي

Dr. El Mustapha FATHI

Professeur de Néphrologie

Maladies du Rein-Dialyse



091064238

Casablanca, le :

٢٠١٢/١٢/٢٣

نـ ٢ـ زـ دـاـمـيـ بـلـدـلـلـلـ

2289X6680  
13611

CORTANCYL 5 MG

CORTANCYL 5 MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80



CORTANCYL 5 MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80



CORTANCYL 5 MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80



CORTANCYL 5 MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80



CORTANCYL 5 MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80



CORTANCYL 5 MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80



DR. EL MUSTAFA FATHI  
Professeur de Néphrologie  
Maladies du Rein - Dialyse  
Néphrologie et maladies des Cassiopées - Casablanca  
36, Angle Av. de l'Hermitage et Allée des Cassiopées - Casablanca  
Téléphone : 0522863030 - 0522861212  
Fax : 0522865973 - E-mail : azizchraibi055@gmail.com

URGENCES 24h/24: 0661180003



090000886





valable 3 mois

Le 01/06/2013

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Najat El Hachmi

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca