

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>3352</u>	Société : <u>RAY</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>Jalal abd el habib</u>		
Date de naissance : <u>01/10/1960</u>		
Adresse : <u>Boucheutayf , rue 59 n° 59 casablanca</u>		
Tél. : <u>06 09 43 11 15</u>	Total des frais engagés :	<u>150 + 70,50</u> Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>26/06/2013</u>			
Nom et prénom du malade :	<u>JALAL ABDEZ HABIB</u>		
Age :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>HBP + Bouchin de cerumen</u>		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : casablanca

Le : 26/06/2013

Signature de l'adhérent(e) : Jalal abd el habib

# 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
06/06/23	C		150,00	<i>Docteur Amal DADDAD GENERALISTE 415, Avenue 2 Maja Hay El Masjid Tél: 05 22 82 38 11 - Casablanca</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>الصيدلية المادونيا حسن الدين دي صيدلي Pharmacie EL MADONIA Bouchentouf rue 29 N°85 Tél: 05 22 28 13 28 Casa</i>	06/06/23	26,50

## ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

# 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent										
				<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>									
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b> <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>									

Docteur Amal DAOUDI

الدكتورة أمال داودي

الطب العام

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'Echographie المصيدلية المدربة

حسن الداودري صيدلي

جامعة مونبولي ١

Université Montpellier Pharmacie EL MADANIA

Bouchentouf rue 29 N°85

Tél: 05 22 28 13 28 Casa

Casablanca, le : 06/06/23

JALAL

ABDELAHAKIN

76.50

- URAPOX CP 3 mois  
sep tij le soir 45

76.50

otosan Spray

1 pulv x 31f



Docteur Amal DAOUDI  
GENERALISTE  
Ave. 2 Mars Hay El Mesjid  
415, Avenue 2 Mars Hay El Mesjid - Casablanca

05 22 82 38 11 - الدار البيضاء - الهاتف : 415

415, Av. 2 Mars Hay El Mesjid - Casablanca - Tél. : 05 22 82 38 11