

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-781568

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12568	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	<i>HOUSSAM</i>
Nom & Prénom : <i>ES SATTI</i>			
Date de naissance : <i>27-04-87</i>			
Adresse : <i>PIAD AL ANDALOUSSE MARBELLA 3 1AM59 APPT 20 RABAT 80000 PIAD</i>			
Tél. : <i>06 78 49 03 01</i> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNPP N° : A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Dr. AGDALLAOUI KTIQUET, R.</b>            Dermatologue - Vénérologue            5, Av. Michlifen Agdal-RABAT            Tél: 05 37 58 10 27            INPE: 10000311  <b>25 JUIL. 2023</b> </div>	
	Date de consultation :	<i>ESSAIE</i>	
	Nom et prénom du malade :	<i>ESSAIE</i>	
	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> conjoint
	Nature de la maladie :	<i>DERMO</i>	
	En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
	Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le renseignement sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>MUPRAS</b>  <b>26 JUIL. 2023</b> </div>		
	<b>ACCUEIL</b> <b>Le : 26 JUIL. 2023</b>		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur l'actuelle 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				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25 JUIN 2023		X 60	6000 DT	INP : 1234567890 Signature : Dr. Aissa Aissa Date : 25/06/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
			D.O.F. PROTHÉSES DENTAIRES  DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1" style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
				H	25533412	21433552												
				D	00000000	00000000												
				B	00000000	00000000												
				G	35533411	11433553												
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																		

Docteur ABDALLAOUI - KTIQUET R.

الدكتورة العبدالاوي القطيوط ر.

Dermatologue - Vénérologue

اختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

Maladies de la peau  
du cuir chevelu et des ongles  
Chirurgie dermatologique

جراحة الجلد  
طب التجميل  
ليزر

Médecine Esthétique  
Laser

INPE 101000511

INPE 101000511

25 JUIL. 2023

N° ESSAÏE Hussam.

Note d'honoraires.

Rein le 5/5/2023  
sac est dans ( 6 cm x 4 )

peut être au  
niveau de

Dr. ABDALLAOUI KTIQUET. R.  
Dermatologue - Vénérologue  
5, Av. Michlifen Agdal, RABAT  
Tél: 05 37 68 10 27  
INPE: 101000511

5, شارع مشلffen. أكدال - الرباط - الهاتف: 05 37 68 10 27

5, Avenue Michlifen, Agdal, Rabat - Tél. : 05 37 68 10 27