

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique *174398*  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *90385* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *NEGRAOUI Yasmine*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *0607156046* Total des frais engagés : *12421,7* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *06/09/2023*

Nom et prénom du malade : *NEGRAOUI Yasmine* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causés 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 : *BERRECHID* Le : *07/09/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

*Yasmine NEGRAOUI*



### 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
06/09 23	C	α1	150.00	Dr. Soumia GHAMRAJU Médecine Générale Radiographie - Marakach - BERRECHID 0522 32 65 99

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Santé Docteur en Pharmacie Rue ABSALAH Al Houshi BERRECHID	06/09/23	109.21.00

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533411	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533411	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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. Soumia Ghamraoui**

Lauréate de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale  
Echographie Générale

ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
17 RUE ASSALAM HAY AL HICMA  
BERRECHID  
TÉL : 05 22 33 65 99

خريجة كلية الطب  
بالدار البيضاء  
الطب العام  
الفحص بالصدى

Berrechid, le 06/09/2023

برشيد

NEGRAOUI Yasmine

760,00

1) Prevenar

332,00

2) Adacel.

T = 1092,00

Dr. Soumia GHAMRAOUI  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
13, Bd. Marrakech - BERRECHID  
Tél.: 0522 33 65 99

ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
17, RUE ASSALAM HAY AL HICMA  
BERRECHID  
TÉL : 05 22 33 65 99

17, Bd de Marrakech, Hay Kadiri  
Berrechid - Tél : 05 22 33 65 99

17، شارع مراكش، حي القادري  
05 22 33 65 99 - الهاتف:  
برشيد