

# 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4158

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

EL HARI RI Amina

177834

Date de naissance :

15-1-56

Adresse :

Mutuelle

Tél. : 06 61 52 66 10

Total des frais engagés : 250 + 428,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Wafa JOURI  
Ophtalmologiste  
Angle Av. Hassan I et Av. Abd el Karim  
Khatabi, imr. Nkhila "A" - 1er étage  
Appt N° 2 Témara  
Tél. : 05 37 61 25 51 / 06 67 76 21 57

Autorisation CNDP Nº : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 SEP. 2023

Nom et prénom du malade : EL HARI RI Amina

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sechresse

Pacry-al

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 : TEMAQUA

Le 12/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Ali

**ACCUEIL**

**BOUTEFLIA**

### 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
12 SEP 2023	CS	ON	250DH	Dr. Wafaie J. O. DENTISTE OphthalmoLOGISTE Angle Av. Hassan II et Av. Abd el Karim Khatabi, Imm. Nkhila "A" - 1er étage Appl. N° 2 - Temara Tel: 05 37 6 25 51 / 06 67 6 21 57

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI EL ABED Dr. Tadjifik BEN KABBOU Mag. 2, Imm. 1, SETTAT Said El ABED HAROURA - TEMARA Tel: 05 30 07 61 34	12/09/2023	428,50 DH
INPE 102069069		

### 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

successeur Médecin Ophthalmologue

Des Spécialités De Rabat.

Membre de la Société Française

**PHARMACIE SID EL ABED**

Dr. Tawfik BENKABBOU

Mag. 2, Imm. 1, SETTAT Said EL ABED

HARHOURA - TEMARA

Tel: 05 30 07 61 34

