

# 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

- 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 : 1178 Société : A 86174

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAFAINDI Mohamed

Date de naissance : 01-08-1918

Adresse : Province el SADIDA

Tél. 06011463932 Total des frais engagés : 754,30 + 100 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20.11.2023

Nom et prénom du malade : RATOUN ESSÉDYA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Prurit

Affection longue durée ou chronique :  ALD  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 : EL JADIDA Le : 20.11.2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



### 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 Relevé des Actes
20/11/23	C		100,00	<i>M. BELIDI "Aicha" Médecin Dentiste à la clinique de l'Assernée 8, rue Hassouna - 75011 Paris</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>M</i>	20/11/23	754,30

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION

  

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 B	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. AICHA BELIDI**

الدكتورة عائشة الباعيدى

**Médecine Générale**

D.U gynécologue obstétrique médicale  
Infertilité du couple – Colposcopie  
Faculté de médecine Mohammed V  
Rabat-Souissi



**الطب العام**

دبلوم جامعي في طب النساء و العقم  
عند المرأة والرجل، الفحص بالمجهر  
 بكلية الطب جامعة محمد الخامس  
بالرباط السويسسي

الجديدة في : ٩٥١٨١٢٣ El Jadida :

RAMOUN ESSEDYNA

890,00

1) TASTINON 10  
68,50

2) Misges SV 20 ml MP 23  
280,00

3) Biotina SV 10 ml  
52,80

4) gelée SV 10 ml  
69,00

5) Doux SV 10 ml  
754,130

LOT: 2210035  
FAB: 10/2022  
EXP: 10/2025  
PPC: 290.000DH

LOT 230541 1  
EXP 02 2026  
PPV 62.50

LOT: 22111B  
FAB: 04/2024  
PPC: 200.000DH

LOT 211261  
EXP 03/2024  
PPV 52.80DH

LOT: 230170  
DUO: 02/2026  
29,000DH



06 12 02 04 76 المحمول : 715 الطابق الأول - الجديدة

Hay Essalam 1 , Imm 715 N° 1- 1<sup>er</sup> étage - El Jadida

GSM :06 12 02 04 76