

# 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

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10490 Société : ND 93529

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOONSKY MOUSSEAU

Date de naissance :

12.09.68

Adresse :

HABIBI VOLTA

Tél. : 06 73 43 66 11

Total des frais engagés : 0 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/02/2024

Nom et prénom du malade : RAGIONI AZIZA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Akut. an



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 : CHAHADA

Le : 31/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

CHAHADA

## 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
30/02/2024	Actes	2	25000	Dr. Awatif RAZZAK Ophtalmologue 09103064

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AYLANE 114, Bd Hassan Alaoui Casablanca Tel : 05 22 62 11 71	30/01/24	486,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

#### HET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

HTALMOLOGIE IBN T

ب و جراحة العيون

ZAK



طف رزاق

جراحة العيون

تصحيح النظر بالليزر

الزرقاء - المول - الليزر

الصدى - العدسات اللاصقة

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

Cataracte par Phacoémulsification  
réfractive - Glaucome - Strabisme  
nie-Echographie Laser - Contactologie

Casablanca le : 30/01/2024

الدارالبيضاء في:

1me Raghni A zig  
90DH  
Blef d'aujou  
lare

ppar21; Rd 18;

2 son Rangni  
d'aujou

pm l'appel  
fer a  
et cot

34,00 x 3  
massage

98,00 x 3  
3) lipo

34,00 x 3  
3) lipo</p