

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

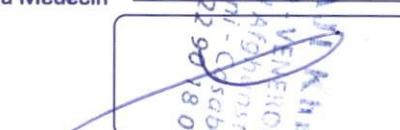
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6034 Société : R.A.M  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 194558  
 Nom & Prénom : DOUNA MOSTAFI  
 Date de naissance : 20/07/1958  
 Adresse : AL KHOURA 7 100 10 APT 5  
JISSAS FA CASABLANCA  
 Tél. : 06 61 44 7351 Total des frais engagés : 3.000 + 373,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/01/2024 Boulmedje Kihale Age: 20 ans

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Dermatite

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 : CASABLANCA Le : 12 FEV. 2024

Signature de l'adhérent(e) : T.F.P



## 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
8/1/14			300 M	RAY K HADJ

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LIR DR. ABBAS JEDDI ITIFAG N°11 Bld Lissasla Casab Tél: 05 22 65 01 87	08.10.2014	373,00

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	Coefficent	
				CCEFFICIENT 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	21433552
D	00000000
B	00000000
G	35533411 11433553

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412
D	00000000
B	00000000
G	00000000

**[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 RAJI Khadija  
 Médecin Spécialiste en Dermatologie et  
 Vénérérologie  
 Maladies de la peau, des ongles et des cheveux  
 Médecine esthétique

الدكتورة رجيع خديجة  
 اختصاصية في أمراض الجلد  
 و الشعر والاظافر  
 الأمراض التناследية  
 طب التجميل

### ORDONNANCE

Casablanca le .....

8/9/24

Dermma  
 S1 Pouss

1) Acmo 30 mg  
 373,00  
 l (1) 15 . pol 2 mois.



No du Code:	GUJ/DRUGS/G/25A/3765-A
Lot N°	PR0033E
Fab	:05/2023
Per	:04/2025
PPV	:373,00 Dhs

PHARMACIE LIRI  
 Dr. Amina Belkessa Casablanca  
 Tél: 05 22 61 01 81

DR. RAJI  
 DERMATOLOGIST  
 Hay Hassani  
 Casablanca  
 Tel: 0522 90 18 07