

# 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.

M23-U021378 204731

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2572 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e) Autre :  
 Nom & Prénom : FEU HATIDI BOUABIDA  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 0674456542 Total des frais engagés : 305,80 C.Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
 Date de consultation : 09/05/2024  
 Nom et prénom du malade : TOUNKHIFI NAJAT Age :  
 Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Bruxisme micturitionnel  
 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 : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
09/06/2021	C	C	150.00	Dr. Hamza SAWI Médecin Généraliste / Peroua - Tel : 0522 056 000
20/06/2021				
21/06/2021				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 06 20 74 81 001 Dr. SAWI N. A. DEROUD LA PHARMACIE BENJELLOUN TÉL. 0522 056 000 INN. 94 05 22 51 17 07	02/05/21	201.80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

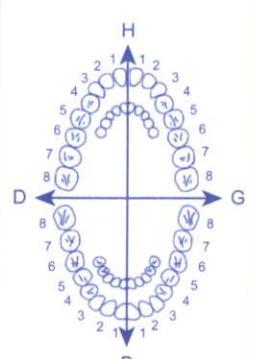
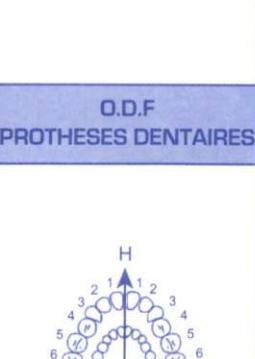
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
																
																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				Coefficient des Travaux												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				Montants des Soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

**Dr. Hamza JAMI**

**OMNIPRATICIEN**

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie Casablanca

Ancien Médecin Interne au CHP Ben M'sik



**الدكتور حمزة جامي**

**الطبيب العام**

خريج كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق  
بالمراكز الإستشفائية ابن امسيك

Deroua, le : ٢٥/١٥/٢٠٢٣ الدروة، هي :

Mouloud  
WAT

100.90 X2  
Veca 5 mg



LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA  
Tel: 05 22 51 47 07

201.80

INPE: 06 20 74 810  
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA  
Dr. Saad BENJELLOUN

LOT : 9915  
PER : 12 - 26  
P.P.V : 100 DH 90

الطابق الأول تجزئة الوحدة 2 أمام مختبر التحاليلات الدروة  
252 1er Etage , Lot. ALWAHDA 2 en Face du Labo d'Analyses Médicales Deroua  
الهاتف : 05 22 036 000 : 252