

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *9115* Société : *R.A.M.*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *M. BAGHO SOAD*

Date de naissance : *18/09/1967*

Adresse : *3, Avenue Mazzem  
Marrakech*

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

#### Cachet du médecin :

Dr. Khalid LAMNIAI  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Angle Bd Sidi Abderrahmane  
et Bd Abdelhadi Boutaleb  
Casa Tel. 0522 90 04 17

Date de consultation : *18/06/2020*

Nom et prénom du malade : *BAGHO EP AITAZZAT SOAD*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Affection dermatologique*

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 : *CASA*

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

Le : ..... / ..... / .....

## 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
18/12/2020	C	8	350 DH	 Dr. Khalil LAMNIAI DERMATO-VENEROLOGUE Angle Bd Sidi Abderrahmane et Bd Abdellah Benhalouen Casablanca Tél: 0522 80 04 17

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/07/2017	B3 + B3	2810 DH
		B6 + B6	
		B6 + B6	
		B3 + B8	
		B3 + B6	
		B3 + B6	
		B200 + B200	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

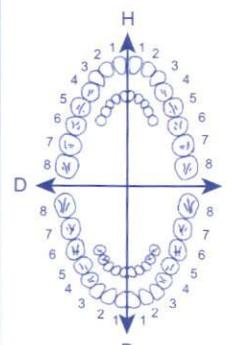
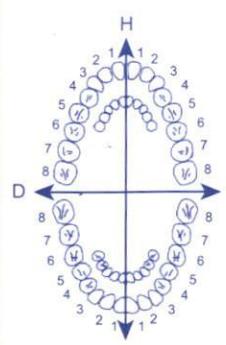
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>				MONTANTS DES SOINS
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				DEBUT D'EXÉCUTION
H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	FIN D'EXÉCUTION
D	00000000	00000000	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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'EXÉCUTION



Casablanca, le  
18/06/2020

الدار البيضاء، في

## MME BAGHO EP AIT AZZAT SOAD

### CHEVEUX

#### -DENSISOLUTION SPRAY ANTICHUTE

20 PULVERISATION LE SOIR PDT 3 MOIS

#### -PHANERE BOOST CP

2 CP PAR JOUR PDT 3 MOIS

#### -DERCOS NUTRIPROTEIN SHAMPOING CHEVEUX SECS

#### -DERCOS MASQUE NUTRIPROTEIN

#### -CAPIDERMA SERUM CAPILLAIRE

LE MATIN

### VISAGE

#### -HYALU B5 SERUM

LE MATIN

#### -KERIUM DS CREME

LE SOIR

#### -NEOTONE CONTOUR DES YEUX

MATIN ET SOIR

#### -ECRAN LCA

Dr. Khalid LAMNIAI  
DERMATOLOGIE  
Angle Bd Sidi Abderrahmane  
et Bd Abdelhadi Boutaleb  
Casablanca  
Tél. 05 22 90 04 17  
Fax : 05 22 89 19 35  
E-mail : cabinet.drlam@gmail.com