

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>8146</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BAKIDID SAID</b>			
Date de naissance : <b>28/01/1969</b>			
Adresse : <b>RESIDENCE AL MANZAH INN 43 N° APP 03 SIDI BERNOUSSI</b>			
Tél. : <b>0673748924</b>	Total des frais engagés : <b>375,80</b>	PMS	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>07/08/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BAKIDID YAACOUA</b> Age : <b>51</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Candidose cutanée</b>			
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** Le : **07/10/20**  
Signature de l'adhérent(e) : **I**

## **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
01.01.2016 G		130,00 AUA	INP : 11111111111111111111111111111111	EL KANJAR Dr. Ilham El Kanjar Généraliste 0523 900 888 Carabianca

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<u>PHARMACIE MENZEH AL QODS</u> <u>Lot SA Menzeh Int 45 N° 12</u> <u>Al Qods Sidi Bernoussi</u> <u>Tel: 05 22 73 35 42 - CASABLANCA</u> <u>Patente N° 31630955 - I.F. N° 53010629</u>	07/08/20	245,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D	G																			
<hr/>																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Ilham El KANIAR**  
**MEDECINE GENERALE**

Fadila - Hay El Qods Imm. C1 Ex.H  
App. 3 Rdc - Bernoussi  
Casablanca - Tél. : 05 22 73 20 65

**الدكتورة إلهام الكنيار**

**الطب العام - الفحص بالصدى**

الفضيلة حي القدس عمارة C1  
الشقة 3 - الطابق السفلي - البرنوصي  
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 20 65

**ORDONNANCE**

Casablanca, le :

07/08/2023

لقاء، في :

PPV.: 92 DH 80

BSC DSD

YAHIA

4) DCR Mo FSK gel <sup>(AS)</sup>  
M surpuit  
ADP x 4 semaines (mois)

58,00  
8)

CONFINE pell <sup>(SK)</sup>

LOT: 042  
PER: MAI 2023  
PPV: 58 DH 00

SAPPY <sup>(AS)</sup>

95,00  
3)

EXTRACT MATE <sup>(SK)</sup>



245,80

Dr. Ilham El KANIAR  
Medecine Generale  
Hay El Qods  
Casablanca