

## 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 :

- Un pli confidentiel renseigné 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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.

N° W19-575599

ND.44 963

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3015	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : <i>RAM enfant</i>	
Nom & Prénom : <i>AMARIA ELYABOURA</i>			
Date de naissance : <i>28/05/1957</i>			
Adresse : <i>121 Lot Sapeur Pompiers MESSINA TEMARA</i>			
Tél. :	0662038309	Total des frais engagés : <i>200 + 132,70 Dhs</i>	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>Dr KONOMICH Sviatiana PEDIATRE Imm 1 App 1 Massira 1 Tel: 05 37 60 03 96. Témara</i>			
Date de consultation :	03	Age :	10.10.2020
Nom et prénom du malade : <i>Amara Adem 15.01.08</i>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>vacination</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>11.2020</i>			
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 : *10/01/2020* Le : *10/01/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *Amara Adem*

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-575599
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : *3015*  
Nom de l'adhérent(e) : *Amara Adem*  
Total des frais engagés : *200 + 132,70*  
Date de dépôt :

## 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
03.10 20	CB		200,00	INP : 10 618 57 39 Dr. KONONOVICH Svetlana BEDAIRE Massira 1 para

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MOUHAPADE DI BENI KUSSA SOFIA 1105, MASSIRA 1, TÉMAKRO TÉLEPHONE: 22 30 45 55	03/10/2022	132,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<b>H</b> 25533412 00000000	<b>D</b> 00000000 35533411	<b>G</b> 21433552 00000000	<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"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr. KONONOVITSHE SVELTANA  
MEDECINE - PEDIATRE  
Ex. Chef de Service de pédiatrie  
de Vitebsk



الدكتورة كانتانوفيتس

إختصاصية في أمراض الأطفال  
رئيسة سابقة لمصلحة  
الأطفال بفتنسكي

Témara, le ..... 03 10 20 ..... تمارة، في

Amara  
Hdara 1

118,70

1/ Deltavax

Sanofi-aventis Maroc  
Roue de Rabat -R.P.1.  
Al sebââ Casablanca  
Deltavax Inj. b1 ser 1 dose  
P.P.V : 118,70 DH  
E 118001 080342

1/ 118,00

Dolofras

1/ cf x 4 - 2

الصانع  
PHARMACIE AL MOUHAMED  
Dr BENJOUSSA SOFIA  
1105, MASSIRA 1, TÉMARA  
TÉL : 053 60 03 96

132,90

الصانع  
PHARMACIE AL MOUHAMED  
Dr BENJOUSSA SOFIA  
1105, MASSIRA 1, TÉMARA  
TÉL : 053 60 03 96

KONONOVITCH Svetlana  
PEDIATRE  
Imm. 1 - Appt. 1, Massira 1  
Tél : 053 60 03 96. Témara