

# 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.

## Education :

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.

## Thérapie :

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.

Le 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 renseignée sur la feuille de soins.

## Adresses Mails utiles

Communication : contact@mupras.com  
Membre en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **839**

Société : **490AM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **RAHMOUNE EP ZIDANI FATNA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **22/10/2020**

Nom et prénom du malade : **RAHMOUNE FATNA**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

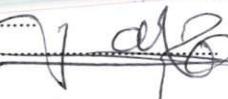
Nature de la maladie : **ALD**

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 et je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : **22/10/2020**

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
22/10/2020	5		300000	Dr. A. Aouad et Associés M. DENTISTE ORTHOPÉDIQUE et Réparatrice Casualité

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AOUAD	22/10/2020	286,00 Dh

## 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	
	22/10/2020	1				203

## 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	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412   21433552 00000000   00000000 35533411   11433553	G	
	D	00000000   00000000	B	
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

# Professeur M. D KHISI

- Chirurgie Traumatologique
- Orthopédique et Réparatrice
- Chirurgie de la Colonne Vertebrale
- Chirurgie Prothétique
- Arthroscopie

الدكتور محمد دخيسى

جراحة الالم والالم المفاصل



Casablanca le : 22/10/2022

Laâz mme Fatma

PHARMACIE ARESAI  
Docteur M. D KHISI  
May Anoual 14 étage N° 3  
Tel : 05 22 86 36 36 - Casablanca

- 188,00

- Piascledine 100



281,00 + 3 mrs

Caduc. mme 4

- 98,00  
G.S. mme

75 x 31  
par formule



1000 mg x 31

Professeur M. D KHISI  
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE  
et Réparatrice  
Tél : 05 22 86 08 - Casablanca

CLINIQUE AL AMINE  
13, Angle  
Aboumoumen  
et Anoual  
Tel : 05 22 86 36 36-Fax : 05 22 86 08

$\text{Total} = 286$   
ou DH

301 مركز الميراج (بين شارع عبد المؤمن وشارع أنوال) الطابق الأول - الرقم 14

301, Centre Al Mirage Angle & Bd Abdelmoumen et Bd Anoual 1 étage N° 14 - Casablanca

Tél. : 05 22 86 08 08 / Fax : 05 22 86 09 94



Lot : 550-19  
PER : 04/2022  
PPC : 98,00 dh