

# 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

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| Prise 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 caractère personnel.

Nº P19- 0042883

NR 32437

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6034 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DOUNA TOSTAFA

Date de naissance : 20-07-1958

Adresse : AL KHOURA 7 FIN 10 APTS LISSASFA

CASABLANCA

Tél. : 0661447351 Total des frais engagés : 350 + 264,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur K. EL AZZ  
NEUROPSYCHIATRE  
70, Bd. Zektouni Appt 8-Casa  
Tél: 0522 22 23 31 / 0522 47 25 85

Date de consultation : 08/02/2020

Nom et prénom du malade : Douna TostaFA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection neuropsychiatique

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 : CASABLANCA

Le : 10/02/2020

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
08/09/2020	1c3 copy		350,00	Docteur A. Zekrouni 10, Bd. Zekrouni - Abidjan Tél: 0322 22 33 31 / 0522 11 11 11

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/02/2022	264,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		A M	P C	I M	I V	

#### **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'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Khalid. El Alj

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العلچ

أخصائي في الأمراض النفسية

محلل نفسي

Casablanca, le

08/02/2020

MONSIEUR MOSTAFA DOUMA :

( 113,00 )  
1 - MEDIZAPIN 2,5 MG. CMP. :  
1 cmp. le soir.

2 - LYSANXIA GOUTTES :  
1 goutte au coucher.

TRAITEMENT POUR 60 JOURS.

RSV Mercredi 08/04

964,60

à 118,30

Docteur K. EL ALJ  
ONEUROPSYCHIATRE  
70, Bd. Zerkouni Appt 8-Casa  
Tél: 0522 22 23 31 / 0522 47 25 85

