

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTER 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.

## 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 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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0021890

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **14651**

**(28750)****RAT**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **JAYAL EL ARAB** Date de naissance : **1953**

Adresse : **56 Bd Abderrahim Boudjedra**

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

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

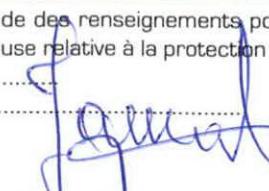
Nature de la maladie : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : 

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
01				

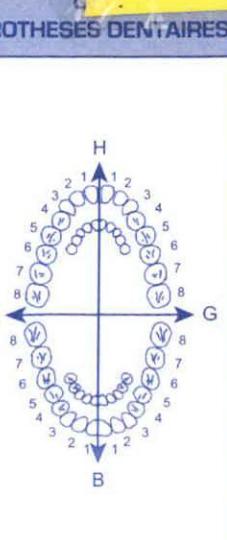
## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du CAF OUKHOUANE Oukhounane - Tel 05 22 39 88 73	20/02/2020	200,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		El Aouam 20500 Casablanca P.P.V: 20.00	20,00														
PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :														
20,00	20,00	20,00	20,00														
PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :														
20,00	20,00	20,00	20,00														
 PPV:20DH00 PER:06/22 LOT:11559		 PPV:20DH00 PER:02/22 LOT:1410															
ROTHESSES DENTAIRES		MASTICATEUR	Coefficient des travaux														
		<table border="1"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

PHARMACIE DU C.A.F.

CHAOUI AKOUZ Samira  
*Docteur en Pharmacie*

*1, Rue Al Oukhouane  
Beauséjour - Casablanca  
Tél.: 022.39.89.73*



مِنْظَلِيَّةُ الْجَافِ

الشاوي أكوز سميرة  
دكتورة في الصيدلة

١، شارع الأقحوان،  
بوسيجور، الدار البيضاء  
الهاتف: 022 39 89 73

**FACTURE** N° 001090

M: (ABDAIMI NEJAT (false name)) Doit

## *Casablanca, le :*

06/01/2020

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Total
08	Sintican CP	20,00	160,00
02	deli Group	20,00 x 2	40,00
			$T = 200,00$
صيدلية كاف مول Pharmacie du CAF Mme CHAOUI SAMIRA 1 Rue Al Oukhouane - Beaujjour Casablanca - Tél : 05 22 39 89 73			
<b>I. C. E.</b> <b>001582994000078</b>			

I. C. E.  
001582994000078