

# 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 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

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

# Déclaration de Maladie

N° W19-525426

**MUPRAS  
RECEPTION**



Maladie

Dentaire

21876  Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 17217

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KAHLLAIA MUSTAPHA

Date de naissance :

1961 RETRAITE

Adresse :

12 PASSAGE 13 H TISSR EL BERRIM

Tél. :

06 33 79 36 65 Total des frais engagés

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/01/2020 KAHLLAIA Mustapha

Age:

Nom et prénom du malade :

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 : 08/01/2020

### 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
29/01/2020	CS	250.00	250.00	INP : b61-124413+5 Dr. Abderrahim BOKHARAI Av. Allal Ibn Khaldoun 10000 Casablanca Tél. 0522 32 87 87

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Al Hauria	29/01/2020	78.70

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

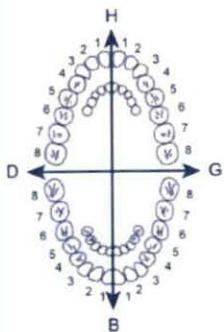
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

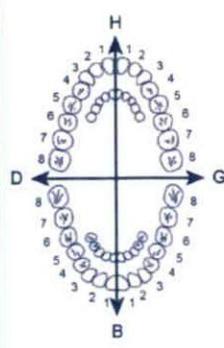
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Dr. Abderrahim Bokhamy

## **SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES**

Diabète - Obésité - Nutrition  
Cholestérol - Glandes - Stérilité  
Ménopause - Andrologie

الدكتور عبد الرحيم بخامي

## الغدد والتغذية

السكر - التغذية - السمنة - الكوليسترول  
الاضطرابات الهرمونية - العقم

برشید فی 29 Berrechid, le 29 JAN 2020 KHALIDIA

A standard linear barcode is located at the bottom of the page, consisting of vertical bars of varying widths.

\* 061011375 \*

105178617

78.70      1. - - -

i) l'opérette      2. - - - 2

3) Sargent I g. Day Sure

58.00      1. 8 Tatin

342600060-02

Dr. Abderrahim BOKHAMY  
Endocrinologue - Diabetologue  
Rue Alkal Ibn Abdellah, Res. Ibn Khaldoun  
Porte 4 - Berrechid - Tel : 0522 32 87 87

oun  
787  
pharmacie

Wt. de.  
3 mos

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

هاتف العيادة : 0666 352 104 - المحمول : 05 22 328 787