

# 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.

## Prothèse :

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 renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

clamation	: contact@mupras.com
Le en charge	: pec@mupras.com
Réception 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 à caractère personnel.

Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **05351**Société : **RAM** Actif Pensionné(e) Autre

Nom &amp; Prénom :

**Bennani Hiba**

Date de naissance :

**19/02/1955**

Adresse :

**6, Rue Aggoun Palmer CASA**Tél. : **0661324611**Total des frais engagés : **800**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Yasmine DIOURI**  
Orthophoniste  
44, Rue des Herbes - 6ème Etage, Appart 22  
Casablanca - Tel. : 0522 47 57 99  
ICE : 002315409000069

Date de consultation : **11/02/2021**Nom et prénom du malade : **BENNANI HIBA**Age : **6**

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : **difficultés d'apprentissage**

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 : **CASA BEN ABD**Le : **11/02/2021**

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **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	
<b>Yasmine DIOURI</b> <b>Orthophoniste</b> Rue des Hôpitaux, 4e Etage, Appart 2 Casablanca - Tel: 0522 47 57 99 CF: 002315409000069	11/02/2021	Boîtier				1x800 = 800.00 DHS

#### **RELEVÉ 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'ORL.

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

Yasmine Diouri  
Orthophoniste  
Rééducation des troubles  
Du langage oral, écrit et de la voix

Casablanca le 11/02/2021

Désignation : Facture n°00042021

Bénéficiaire : Hiba BENNANI

Désignation	Quantité	Montant unitaire	Montant global
Bilan orthophonique	1	800 dhs	800 dhs

Le total de cette facture est arrêté à huit cents dirhams.

**Yasmine DIOURI**  
**Orthophoniste**  
44, Rue des Hôpitaux, 4<sup>e</sup> Etage, Appr  
Casablanca - Tél: 0522-47-57-9  
ICE: 002315409000069

44 rue des Hôpitaux, 4<sup>ème</sup> Etage, Appt 22 – Casablanca  
IF : 37626432 ICE : 002315409000069 TP : 36300319  
Tél : 0522475799 / 0661990719 E-mail : yasmine-diouri@hotmail.fr