

## 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

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

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01697

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BELSEIDA MOHAMMED

Date de naissance :

01/01/1955

Adresse :

BP 12 614 HAY HASSAN CASA

Tél. : 062 26 473

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/07/2021

Nom et prénom du malade :

BACHIR BEN YOUSSEF

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

gost no - urte luso

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'atte médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ONSA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/07/2021

#### **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
01/07/2021	co	100	300,00	INP : 091520713

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Numéro de la Facture	Date	Montant de la Facture
114. Casablanca	1/7/81	2003.15

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$\begin{array}{c c} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Najwa FILALI BABA**

Spécialiste Des Maladies  
De l'Appareil Digestif

Lot N° : CR03  
Exp : 04/2024  
PPC : 265.00 DH

Lot N° : CR03  
Exp : 04/2024  
PPC : 265.00 DH

فيليالي با  
ز المضي  
حرج  
ـ البواسر)  
شفاعي ابن رشد

طبية داخلية سابقاً بمستشفى مونيللي فرنسا  
دبلوم في أمراض و جراحة المخرج بكلية الطب بمونيللي

Lot N° : CR03  
Exp : 04/2024  
PPC : 265.00 DH

Lot N° : CR03  
Exp : 04/2024  
PPC : 265.00 DH

Lot N° : CR03  
Exp : 04/2024  
PPC : 265.00 DH

**Belbeida Med**  
Casablanca Le :

**Casa le : 01/07/2021**



## ORDONNANCE

LOT : 210230  
PER : 04/2024  
PPC : 79,95 DH

**Météospasmyl**

2 deux/j avant repas

**15 Jours**

**Maxiflore cp**

1 cp /j avant repas midi

**01 Mois**

**Aliviar cp**

1/j au couché

**01 Mois**

**Oxanthin**

1 deux/j après repas

**15 Jours**

**Carosyl**

1 Deux/j après repas

**03 Mois**

40.40 x 3

79.00 x 1

28.50 x 2

29.95 x 2

26.50 x 10

100-09424-1  
100-12202-6  
PP1.27.000

27.00