

# 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.

Matricule : UL96 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANOUAR

Date de naissance : 10-07-1975

Adresse : Ag. Ress. Hdy Elay

Tél. : 2224495032

Total des frais engagés : 16710 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/08/2021

Nom et prénom du malade : M. A. ACHOUR

Age : 66 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : RAM

Le 10/08/2021

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
24/7/2021				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
697.90	15-5-21	<b>PHARMACIE BEAUSEJOUR</b> <b>Mr Mustapha Serghini</b> <b>15, Bd Omar Al Khayyam</b> <b>Kissariat Beauséjour, Magasin n°31</b> <b>Tél : 05 22 22 22 22</b>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

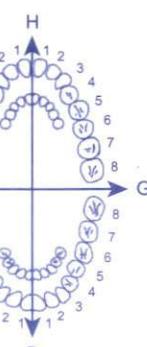
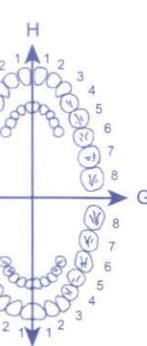
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Salmi El Khazraji Jalal

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

sidi El Khadir, Rue 23 N° 48

Casablanca

Tél. (C) : 05 22 89 74 60

الدكتور العالمي الغربي جلال

الطب العام

الشخص بالصدى

سيدي الخدير زنقة 23 رقم 48

الدار البيضاء

الهاتف الميغاد : 05 22 89 74 60

ORDONNANCE

Casablanca, le .....

25/08/22

PPV : 150DH80

Lot n° :

EXP:

PPV : 150DH80

Lot n° :

EXP:

LOT: GB00748

PER: 04/2023

PPV: 185 DH 00

SV

PHARMACIE  
Mr Mustapha  
15, Bd Omar Al Khayyam  
Casablanca

SV

LOT : 2050  
PER : 11/22  
PPV : 106,70 DH

SV

FELDENE  
20mg PIROXICAM  
LOT N° :  
UT.AV. :  
P.P.V. :  
56,90

Dr. Salmi KHAZRAJI  
Médecine Générale  
Echographie  
sidi El Khadir Rue 23 N° 48  
Casablanca  
05 22 89 74 60

FELDENE  
20mg PIROXICAM  
LOT N° :  
UT.AV. :  
P.P.V. :  
56,90