

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **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 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

Le 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° M21- 0034573

89773

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4916

Société : Annadus

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAKBOURI MOSTAFA

Date de naissance :

4/11/59

Adresse :

104, B<sup>e</sup> YACOUB EL MANSOUR  
APT 10 - ETG 4 - CASA

Tél. :

0661417304 Total des frais engagés : 1232,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/10/2021

Nom et prénom du malade :

MAKBOURI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CHY Achromy

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

Le : 22/10/21

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
23/10/11			GP 359	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/10/11	882,40

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

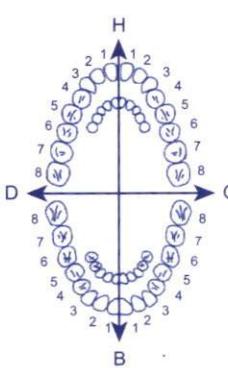
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	Coefficient des travaux	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	MONTANTS DES SOINS	
	25533412   21433552 00000000   00000000			
	D ————— B			
	00000000   00000000 35533411   11433553			
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS	Date du devis	
DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	Date de l'exécution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : KE10039  
PER : AVR 2023  
PPV : 80 DH 00

Casablanca, le

23/04/23

LOT : 006  
PER : NOV 2022  
PPV : 205 DH 00

M Alkamal Othman

LOT : 006  
PER : NOV 2022  
PPV : 205 DH 00

156,20 x 2

D Ransyf g

20/6/66

comprimés p  
LOT : KE10011  
PER : DEC 2022  
PPV : 80 DH 00

lot, dat d

D Arabin g

20/6/67

PPV : 156 DH 20

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

3 S waf g

20/6/68

PPV : 156 DH 20

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

88940 pm 2m  
20/12/23

PHARMACIE DU TAC  
DÉPARTEMENT DES PHARMACIENS  
29, Bd EL HADJ MOUSSA  
Casablanca - Maroc