

# 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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

#### Maladie

#### Dentaire

#### Optique

#### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5849 Société : 103036

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ABOUFAID MOSTAFA

Date de naissance : 07/01/1965

Adresse : LOT EL WAHDA 2 N° 306 Deroua

Tél. : 06 67 31 27 01 Total des frais engagés : 150+1137,90 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

#### Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/22

Nom et prénom du malade : Aboufaid Mostafa Age : 1965

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DEROUA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Deroua

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 : Casablanca Le : 03/02/22

Signature de l'adhérent(e) : Aboufaid Mostafa



## 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
03/02/22	ca	150	INPE	INPE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <del>PHARMACIE DE LA CITE RENARD N° 210107 EL WANDAINE DERDUA TÉL: 05 22 33 33 33</del>	03/02/22	1134,90

## 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	

## 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'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a standard dental sequence. Four directional markers are present: 'D' on the left side, 'H' at the top, 'B' at the bottom, and 'G' on the right side. The diagram is centered on a vertical axis with arrows pointing up, down, left, and right.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

## VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DR. Chouaikh AFAF**  
**Médecine Générale**

107, Lot El Wahda II - 1er Etage  
 Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

**الدكتورة الشويف عفاف**  
**الطب العام**

107، تجزئة الوحدة II ، الطبق الأول  
 الدروة، الهاتف : 05 22 53 20 70

Deroua, le

03/02/22

الدروة، في

A Boufaid Mostaf

78,70

78,70 X 3

1 - Dr amico

78,70

1cp mal

111,00 X 4

2 - Humalog

78,70

30 UI mal

30 UI son

154,00 X 3

3 - Ramipril 5

1cp mal

78,70

78,70

94,60 X 3

4 - Redlip 20

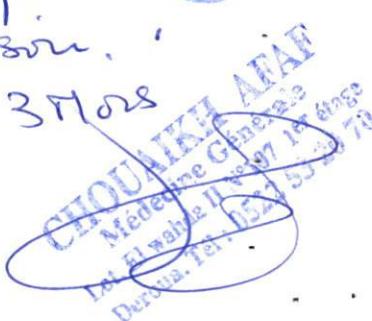
78,70

1134,90

1cp le son.

de 31/02

traitement



97,00

97,00

97,00

54,00

PER 02/25

54,00

54,00

PER 02/25

LOT D359834P.5

UT AV 10 2023

PPV 111.00 DH

LOT D051997E.5

UT AV 02 2022

PPV 111.00 DH

LOT D051996K.5

UT AV 01 2022

PPV 111.00 DH

LOT D259343F.2

UT AV 05 2023

PPV 111.00 DH