

# 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.

## Pathologie 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

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

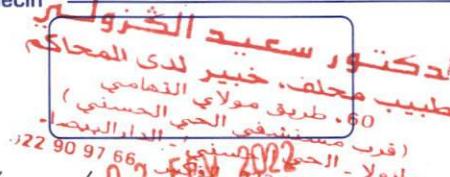
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

|                                |  |                                  |               |
|--------------------------------|--|----------------------------------|---------------|
| Matricule :                    | 21493  | Société :                        | RAM           |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |               |
| Nom & Prénom :                 |  | SAFIR ABDELLAH                   |               |
| Date de naissance :            |  | 1949                             |               |
| Adresse :                      |  | Wifas III, Rue 80 N° 42 Eloufia  |               |
| Casablanca                     |  |                                  |               |
| Tél. :                         | 0662 704834                                      | Total des frais engagés :        | 442 + 701 Dhs |

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Age :

Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 02 FEV 2022     | C                 |                       | <p style="text-align: center;"><i>دكتور سعيد المحلاوي</i></p> <p>طبيب مختص - علاج التهابات<br/>الجيبي المخضعي<br/>(قرب مسند)<br/>مارولا - الحسيبي - الدار البيضاء<br/>2909766 - 022 90 70 88.</p> |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Dr. Zakaria SABRI                      | 02/02/22 | 13140                 |
| El Acharbi Ouled TSM 05 22 91          | 02/02/22 | 1.81.10               |

### ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------|------------------------------|------------------------|
| Pharmacie Dounia Sabri N° 299 Rue 64 El Oulfa Casablanca |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

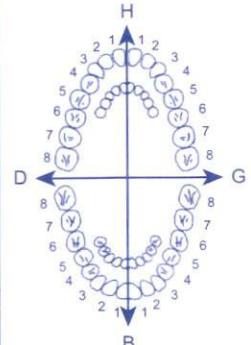
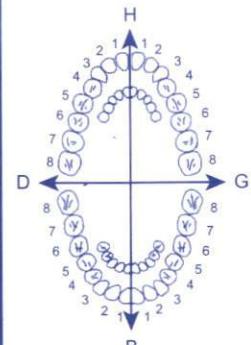
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |   |  |  |  |   |   |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
|--|----------------|------------------|-------------|---|--|--|--|---|---|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|   |                |                  |             |   |  |  |  |   |   |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
|   |                |                  |             |   |  |  |  |   |   |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>D</th> <th>G</th> <th>B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                |                  |             | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |  |  | H | D | G | B | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | 00000000 |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                |                  |             |   |  |  |  |   |   |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
| H  | D              | G                | B           |   |  |  |  |   |   |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 25533412   | 00000000       | 21433552         | 00000000    |   |  |  |  |   |   |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 35533411   | 00000000       | 11433553         | 00000000    |   |  |  |  |   |   |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
| COCoeffICIENT DES TRAVAUX  |                |                  |             |   |  |  |  |   |   |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
| MONTANTS DES SOINS   |                |                  |             |   |  |  |  |   |   |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
| DEBUT D'EXECUTION  |                |                  |             |   |  |  |  |   |   |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
| FIN D'EXECUTION  |                |                  |             |   |  |  |  |   |   |   |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 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

