

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

11/11/28

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 6441 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAAMANTI LIMA

Date de naissance : 09/06/1965

Adresse : Corza

Tél. : 06 61 06 00 93 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Naim DRADOU  
Dermatologue - Méridiologue  
22, Bd EL OUAJED, Rm 101, 6ème Etg 1  
Ain Chock, Casablanca  
Tel: 0522 21 60 00 / 0522 21 21 08

Date de consultation : 22/03/2012

Nom et prénom du malade : LAAMANTI LIMA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Almè

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 : 03/04/2012 Le : 15/04/2012

Signature de l'adhérent(e) : LIMA



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **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
		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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																																		
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																														
	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33.33%;">H</td> <td style="width: 33.33%;">25533412</td> <td style="width: 33.33%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000																						B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552																															
	D	00000000	00000000																															
B	35533411	11433553																																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																		

Maladies de la peau • Cheveux • Ongles • Chirurgie Dermatologique • Mésothérapie • Microneedling  
Laser épilatoire • Laser CO2 • Toxine Botulique • Comblements • Peeling • Rajeunissement non invasif

22/03/2022

**ICE : 001678412000015  
INPE : 131072894**

**Mlle LAAMARTI Lina**

**NOTE D'HONORAIRE**

**Montant**

300,00

**Total : 300,00**

présente note d'honorai re à la somme de :

**MENTS DIRHAMS**

Dr. Naila DRAOU  
Dermatologue - Vénérologue  
22, Bd El-Qods, Résidence JETCENTER Etg 1  
Ain Chock, Casablanca  
Tél: 05 22 21 60 00 / 05 22 21 21 08