

# 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 : 7950 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAHNAOUI Abdellatif

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/04/2022

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Deficit

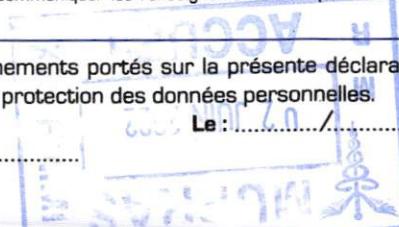
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 11/04/2022

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
04/07/2022	cupdy	1	gratuit	 Dr. Fatma KENDIL Psychiatre - Psychothérapeute Addictologue - Sexologue Bouzid - Val d'Anza 36 99 10 1 - 21 660 297 200

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL OUDI Mont el wafa Fix : 0522.53.20.54</i>	9/4/22	374,60

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Prescription

Date : 03/04/22 Mme / Mr. :

Madame Adriana Jole

Vendep M.S

105901  
**S.V.**

2-0-0-0

93.0

Anafiel

1088  
**S.V.**

871

53.0

S. S. S. S.

1057  
**S.V.**

22.0

1 - 0 - 0 - 0

210

10.0 -

TM + RM

5, rue Oulad Bouzid, Val d'Anfa (rue avant Fauchon) - Casablanca

+212 522 36 96 79 / +212 522 39 62 40 [imane.kendili@gmail.com](mailto:imane.kendili@gmail.com)

+212 661 224 291 / +212 660 297 200

ICE 000244881000024 IF 15272010 TP 35460316 CNSS 5542502

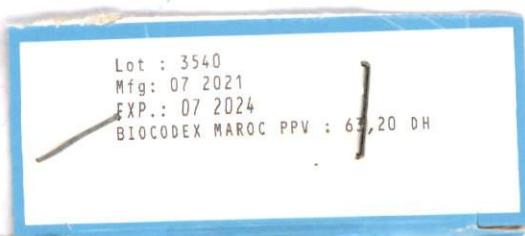
ADOLESCENT - ADULTE - SUJET ÂGÉ

athijil 358  
98.30  
0-01  
au Coeur

PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement Al wafaa  
Tél: +212 522 53.20.53  
S.V. 3540

Dr Imane KENDILI  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Addictologue - Sexologue  
Tél: +212 522 36 99 101 +212 660 297 200

3540  
PHARMACIE EL OUMOUA  
244 lotissement Al wafaa  
Tél: +212 522 53.20.54  
Fin: 06.22.53.20.54



LOT: KA11310  
PER: MAR 2023  
PPV: 120 DH 10

98,30