

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

122295

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8512 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Kouih - 7

Date de naissance :

06/07/50

Adresse :

Oase

Tél. : 0661414151

Total des frais engagés : 382,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LAKHSSASSI AL  
Médecine Générale  
Echographie  
Bouknadel Centre  
Tél.: 0557 82 20 30

Cachet du médecin :

16/05/2022

Date de consultation : 16/05/2022 Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dr. Allal Ben Abdellah + faciale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

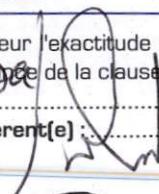
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur mon honneur l'exhaustivité 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 : 30/06/22

Signature de l'adhérent(e)



ACQUEUIL H. HAKIM

**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
16/01/2022	C C		100,00	<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
WIDAD'S PHARMACIE Lot. M'Zouka N° 27 Avenue Habib Sidiour Casablanca - Anfa Tel: 0522.94.20.22		382,10 Jd

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

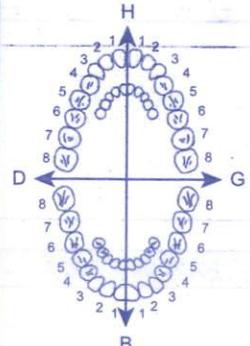
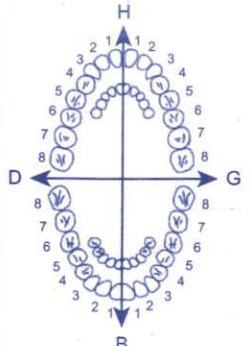
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

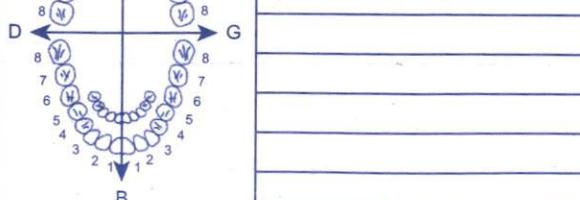
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION
				<input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/>
				DATE DU DEVIS
				<input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION
				<input type="text"/>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**
**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur LAKHSSASSI ALI

Médecine Générale

Echographie



الدكتور الخصائي علي

الطب العام

الفحص بالإيكوغرافي

WIDAD'S PHARMACIE  
Lot M'Zouka N° 27 Avenue Habib  
Sinaceur Casablanca - Annab  
Tél: 0522.922029

Bouknadel le

16/05/2022

بوقنادل، في

Nom:

Koffi N  
77 ex

Prénom:

- Afix 500mg en boîte

PPV: 79DH70  
PER: 07/25  
LOT: K110

79,70

- Glucometer 800mg / 4 boîtes

45,20 x 2 = 90,40

- Rétex 8x2 c/Op (2 boîtes) 78,00 x 2 = 156,00

- Doliprionate 1g (4 boîtes) 14,00 x 4 = 56,00

382,40

78,00

78,00

PPV: 14DH00  
PER: 07/24  
LOT: K1905

PPV: 14DH00  
PER: 07/24  
LOT: K1905

PPV: 14DH00  
PER: 07/24  
LOT: K1905

PPV: 14DH00  
PER: 09/24  
LOT: K2325

45,20

45,20