

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres



12393+

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6233

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAMNAOVAR

Abdelaziz

Date de naissance :

20-11-58

Adresse :

Groupe Eunis - ELMANDIR, Casab - MAROC

Res. GHITA 2<sup>e</sup> ETAGE

Tél. : 06-62-80-09-64

Total des frais engagés :

100,00

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI Mejde  
INP : N° 091025007

Date de consultation :

08/07/2022

Nom et prénom du malade :

LAMNAOVAR GHITA

Age : 20 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome extrapulmonaire

Affection longue durée ou chronique :

ALD  ALC

Pathologie

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'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 : 08/07/22

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

#### **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
22/07/2017	Consultation	100	200	DR BENNANI MEJDOUN
22/07/2017	Prise C. urinaire	100	100	DR BENNANI MEJDOUN

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
L'UNIQUE BOUTIQUE Rue El Alloussi Bourgogne Vanca - Tel: 05 22 45 28 00 Fax: 05 22 33 34 55	08-07-22	Pharmacie	-			100

## **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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **F A C T U R E**

N° : **202206136 / 2022** du **09/07/2022**

Nom patient **LAMNAOUAR GHITA**  
**PAYANT**

Entrée **08/07/2022**  
 Sortie **08/07/2022**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>FRAIS CLINIQUE</b>	<b>1,00</b>		<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>100,00</b>
<b>PHARMACIE</b>	<b>1,00</b>		<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>100,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>200,00</b>
<b>DR. M.A.R DRS. EL AOU (anesthésie réa)</b>	<b>1,00</b>		<b>200,00</b>	<b>200,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>200,00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>200,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS		<b>Total</b>	<b>400,00</b>



**CLINIQUE BADR**  
 35 Rue Aloussi - Bourgogne  
 Tel.: 05 22 49 28 00 Casablanca  
**CAISSE**