

# 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

MUPRAS  
RECEPTION 9  Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10.589 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bouda Brahim

Date de naissance : 07.01.59

Adresse : 10 Rue ouralada Haig Elwahda Berrachid

Tél. : 06.67.37.65.18

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/06/2022

Nom et prénom du malade : BAA DAA Age : 5

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Toux

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 : DBA OUA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/07/2022



### 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
23.06.12	C		300 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23.06.12	P. Geron (F.P.)	300.00 DH

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
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**

**CLINIQUE IBN ZOHR****INPE, code à barres**

0	6	0	0	6	2	7	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**FACTURE N°****Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie****1151 / C / 2022****Assuré****Nom & Prénom****N° CIN****N° immatriculation****Bénéficiaire****Nom & Prénom BAADA MOHAMED****N° CIN**

Assuré(e)     Conjoint     Enfant

**FRAIS CONSULTATION**

Désignation	Qté	PU	Montant
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	1.00	300,00	300,00
<b>TOTAL</b>			<b>300,00</b>

**RADIOLOGIE-IMAGERIE**

Désignation	Qté	PU	Avec Injection	Montant
RADIOLOGIE - GENOU FACE ET PROFIL	1	300,00		300,00
<b>TOTAL</b>				<b>300,00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>				<b>600,00</b>

**Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:****TOTAL GENERAL****SIX CENTS****VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE**

1/1

**PATIENT : BAADA MOHAMED**

**RADIOGRAPHIE DU GENOU DROIT F/P**

**RESULTAT :**

Minéralisation osseuse normale.

Absence de trait de fracture osseuse post traumatique visible.

Absence de lésion osseuse à caractère péjoratif.

Interlignes articulaires fémoro-tibiale et fémoro-patellaire conservées.

Absence d'image d'épanchement ou de calcification articulaire.

Absence de lésion d'allure évolutive au niveau des parties molles.

**AU TOTAL :**

Radiographie du genou droit ne révélant pas de lésion osseuse post traumatique.

À confronter aux données cliniques.

*Merci de votre confiance.*

**DR EL OUARDIGHI LAMIAE**

*EL OUARDIGHI LAMIAE*  
*DOCTEUR*  
*Mcdoen Radiologue*

## ORDONNANCE

NOM:

prénom:

EL AAMAN  
Sal

23/08/2022

Ex gendre

ot ffl

M. MOHAMED AMINE  
Signé par : Dr. Mohamed Amine  
Spécialiste en Anesthésie Réanimation  
et Médecine Péropératoire Clinique Ibn Zohr  
Tél: 05 22 32 58 83 INPE: 061258216