

# 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

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

*Deuzhe*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8560 Société : R.A.T

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Mjati Bouazza

Date de naissance : 10/03/1958

Adresse : OULFA

Tél. : 06 62 5550 60 Total des frais engagés : 250,00 + 643,60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP : 091019786

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mjati Bouazza Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Hypertension

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 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 : 29/07/2022

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
07.07.22	C 2	2500 DH		DR. BENANI JADIA Enseignante en Anatomie et Imagerie Médicale Casablanca - Tél : 022 93 31 49

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DR. BENANI Jadia 202 Bd Oued Sebou, Casablanca - Tél : 022 90 18 05	07.07.22	643.60

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	

## FRAIS ET HONORAIRES

é, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Nature des Soins	Coeff
maphar ZI Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30 P.P.V.: 116,80 DH	6 118 001 18 1636
maphar ZI Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30 P.P.V.: 116,80 DH	6 118 001 18 1636
	6 118 001 10 2020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
	6 118 001 10 2020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
	6 118 001 10 2020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
	6 118 001 10 2020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
	6 118 001 10 2006 Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH
	6 118 001 10 2006 Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH
	6 118 001 10 2006 Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH
	6 118 001 10 2006 Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFF MASTICATOIRE

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

