

# 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.

M22- № 000686

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4780 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KODARI. FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 45 74 19 05 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :





Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... / ..... / .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Inflammation de l'urètre

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : Dr. SAHNOUN A UROLOGUE INPE : 091025940



## 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
01/01/2017		2	3000 DT	Dr. SAHNDI ABDELLAH chirurgien Urologue - Andrologue 091025940

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BEN ROUCHD</b> <b>Mehdi BELAYACHI</b> 355, Av. Nedaa Guedira, Cité Djamaâ Casablanca - Tél: 0522 37 07 06.	21/08/22	108,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

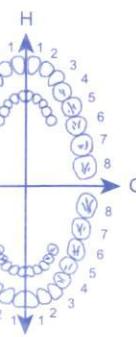
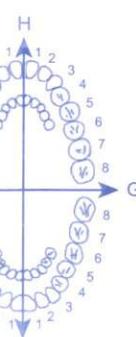
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 00000000 35533411	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	B 00000000 35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



حصى الكلى والمسالك البولية - سلطان المسالك البولية والتناسلية - الفحص والجراحة بالمنظار  
جراحة الفتق - الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي - العقم عند الرجال - انفلات البول  
Calculs appareil urinaire - Cancers Urologiques - Endoscopie Diagnostique et Interventionnelle - Echographie  
Lithotripsie - Chirurgie des Hernies - Dysfonction Érectile - Infertilité Masculine - Incontinence Urinaire

الدار البيضاء في : ..... Casablanca Le : ..... **01 AOUT 2022**

M<sup>+</sup> KHOUDARZI FASNA

108.00  
S)

veca

14P

Amot

**PHARMACIE IBN ROUCHD**  
Mehdi BELAYACHI  
355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaâa  
Casablanca - Tél: 0522 37 07 06

مودي ميليسن  
سكسن

شارع النيل بلوك 37 رقم 49، الطابق الأول سيدى عثمان - الدار البيضاء الهاتف : 05 22 38 38 35  
Bd. Nil Bloc 37 N°49, 1<sup>er</sup> étage Sidi Othmane - Casablanca Tél. : 05 22 38 38 35

في حالة الطوارئ يرجى الاتصال : 06 53 31 57 77 en cas d'urgence veuillez contacter :