

# 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.

N° M21- 071554

131626

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BOJRKIA ABDEZEHANI

Date de naissance : 06/04/1960

Adresse : 107 LOT E2 EL WARAS DERA

Tél. : 0661330889 Total des frais engagés : 397,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 30/09/2022

Nom et prénom du malade : BOJRKIA ABDEZEHANI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AL musenly Af

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 : CASABLANCA Le : 08/09/22

Signature de l'adhérent(e) : 

BOJRKIA ABDEZEHANI  
30/09/22

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/8/22	26178

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Médecine Générale  
Diplômée en Echographie  
par l'Université Hassan II  
Médecine de travail

الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى  
من جامعة الحسن الثاني  
طب الشغل

Casablanca, le :

26/08/2022

الدارالبيضاء، في :

Bouenka Abdellahoui ARASH  
1 fem

GTIN: 06118001260850  
LOT: 3937  
MFG: 02 2022  
EXP.: 02 2025  
PPV: 94dhs00



94.00 1) Mysofex ~~NS~~

14x2 ~~20~~ = 5

79.00

2) Mefal ~~NS~~

10x10 ~~20.50~~

79.00

22.00

X 3) Cidal ~~NS~~

18x2 ~~20~~ = 5

22.00

52.80

4) Bragelos ~~NS~~

267.80 ~~180~~ + ~~87~~ = 267.80

PPV: 520480  
PER: 04/24  
LOT: K2B32-2

شارع واد سبو - زنقة 174 - رقم 65 - الألفة - الدارالبيضاء - الهاتف : 05 22 91 12 77 - المحمول : 05 22 91 12 77  
Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N° : 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél : 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83

E-mail : arafasakina@gmail.com - INP : 091011973 - ICE : 00210345000043