

# 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.



# Declaration de Maladie

N° W21-637564

132568

Optique

A

Maladie

Dentaire

Matricole :

3576

Société :

RAM  
Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

jamal eddine Houcine

Date de naissance :

habibelle

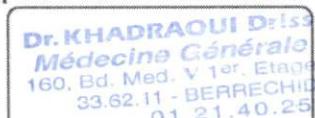
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

4/10/2022

Nom et prénom du malade :

Houssaine jamalel houcine

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

HTA

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'adjudicataire.

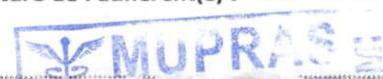
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Bezerte

Le 04/10/2022

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
04/10/22	C	0.1	150,00	INP : 61684463 Dr. KHADRAOUI Hass Médecin Généraliste 160, Bd. M. M. Ferrechid 33.32.11 - 0520.26 Signature

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>04/10/22</del>	04/10/22	1413,60 DHT

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

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

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



Lot 10453  
Exp 07 2023  
Fab: 08 2020

Maphar  
Bd Alkemia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp pell b30  
P.P.V: 65,40 DH



6 118001 182350  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp pell b30  
P.P.V: 65,40 DH



Lot 10452  
Exp 07 2023  
Fab: 08 2020

Maphar  
Bd Alkemia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp pell b30  
P.P.V: 65,40 DH



6 118001 182350

Lot 10453  
Exp 07 2023  
Fab:

Maphar  
Bd Alkemia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp pell b30  
P.P.V: 65,40 DH



38,00

38,00

38,00

العنوان : 65-63 شارع المسيرة ، الدار البيضاء ، المغرب  
الهاتف : 0522 13 63 14  
الfax : 0522 13 63 14  
بريد إلكتروني : info@maphar.ma