

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

13616h  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12521

Société : R.A.T

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : RHADEH MEHDII

Date de naissance : 29/04/1987

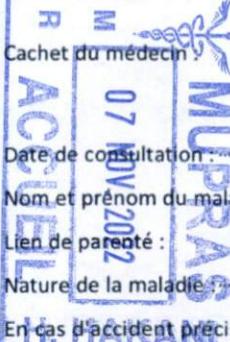
Adresse : HAY NASSIR CASAVIEN TRANCHE N. JAM 3 ACT 22  
CASABLANCA

Tél. : 0661931211

Total des frais engagés : 649,70

Dhs

**Cadre réservé au Médecin**



Date de consultation : 02/04/2022

Nom et prénom du malade : Rhaedeh Rita

Age : 1 an 8 mois

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : pharyngite

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 : 07/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : Rhaedeh Rita



#### 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
02/11/2022	C		60000	INP : 2022 Réseau de pédiatrie ICE : 007642300 Tel : 1654

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
0205781	21/11/22	49,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

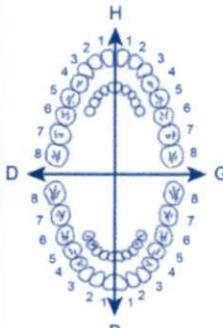
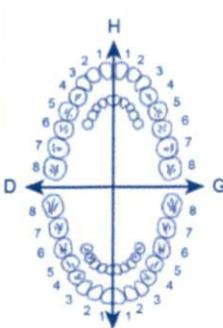
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### RELEVÉ 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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION															
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" data-bbox="1532 915 1764 1068"> <tr> <td>H</td><td>25333412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td><td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25333412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25333412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
G																			
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION															

Le: 02/11/2022

**Ordonnance**

40.00

- 1) Bonyflose 1 sachet pdl/s
- 2) Dolip 1 suppa 4/j x 18 14.70
- 49.70



0664-444-555

@ contact@sospediatre.com [www.sospediatre.com](http://www.sospediatre.com)  
ICE : 002642603000009

# Doliprane®

PARACETAMOL

150 mg

0 5 N  
7 2 9  
N 1 0  
0 4 1  
0 0 1

R  
g

V  
R  
C  
W  
D  
L

8 à 12 kg



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca

b  
82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable



DOULEURS  
FIEVRE

10 SUPPOSITOIRES