

# 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2902

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KATMOUR MOHAMAD

Date de naissance : 25/10/1967

Adresse :

Tél. : 06612952114

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 01/12/2021

Nom et prénom du malade : EL KATMOUR MOHAMAD

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 01/12/2021

Le : 01/12/2021

Signature de l'adhérent : El Katmou

## 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
01/09/2022	31601	C 1	150 Dhs	 Dr. HAJI SAID Médecin Généraliste Endocrinologue Généraliste S. Rue Rhamma, Cité Adr. 1 Tél: 05 37 21 00 00 WhatsApp: 06 61 11 11 11

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
	01.12.22	255.72

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram of a dental arch, likely a maxilla, showing upper teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides. Number 1 is at the midline, 2 and 3 are on the upper left, 4 and 5 are on the upper right, and 6, 7, and 8 are on the far right. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the midline. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left. A vertical arrow labeled 'B' points downwards from the midline. A horizontal arrow labeled 'G' points to the right.

## **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Saïd HAJJI**  
Médecine Générale

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de SFAK (Tunisie)  
Echographie Générale



الدكتور السعيد حجي  
الطب العام

Rabat, le 01/12/2022

MR EL KATMOUR MOHAMMED

• Prodefen

1 sachet, midi, pendant 20JOURS

• Bedelix 3 g

1 sachet trois fois par jour pendant 15 jours.

**PRODEFEN**  
Complément alimentaire

Lot : 123724  
Date de Fab : 02.2022  
Date de Pér : 01.2024  
PPC : 99 Dhs

**PRODEFEN**  
Complément alimentaire

Lot : 123724  
Date de Fab : 02.2022  
Date de Pér : 01.2024  
PPC : 99 Dhs

Votre prochain rendez-vous le 09/12/2022 à 08:40

P  
h  
BEDELIX 3G  
SACHETS B30  
P.P.V : 57DH70  
Barcode  
118000-010234

Dr Alaoui Abdelmalek My Hassan  
Pharmacie AL BARAKA  
26 Bis Rue Ouled Hriz Aviation Rabat  
Tél : 0537 636724 Fax : 0537 631184  
INPE : 102004124

Dr. HAJJI SAID  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
5, Rue Rhamna cité Administrative  
Tél : 06 27 63 97 76  
INP: 101071058-CE01732096000017

5, Rue Rhamna cité Administrative - Rabat - الرباط

Tél. C : 05 37 63 97 76 - Fax : 05 37 63 97 76 (sur rendez vous)

E-mail: saidhma10@yahoo.fr