

# 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.

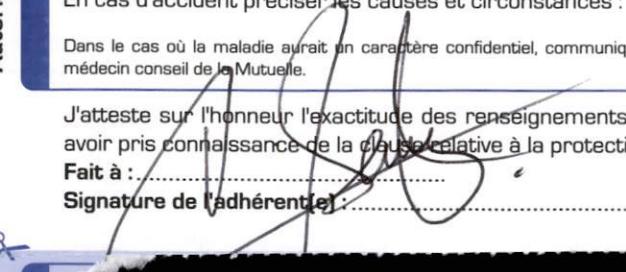
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>3417</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>IDRISS BEN NIAN,</b>			
Date de naissance : <b>17.2.60</b>			
Adresse : <b>X me mazart ramel</b>			
Tél. : <b>06 61 33 61 40</b> Total des frais engagés : .....Dhs			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>
Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....
Nom et prénom du malade : ..... Age: .....
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>ALD</b> <b>ou</b>
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) : 



### 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
08/12/2022	A		300,-	Dr. CHRAIBI Mme. Chakil Spécialiste O.R.L. 0522 25 26 19 05 22 36 72 2

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ZAHIA Avenue 6ème Avenue Agoudzou Casablanca - 16/05/2022	08.12.2022	323,20

### ANALYSES - RADIographies

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

### 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>				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'EXECUTION

**Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib**

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE  
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et  
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)  
3<sup>ème</sup> Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37



الدكتور الشرابي محمد شكيب  
عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
82, زنقة سومية - شارع عبد المؤمن  
عمراء رونو - الطبقة 3 - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le :

٢٠١٨/١٢/٦٣

دار البيضاء، في :

D JENNANI YACIN

80,10 1) XJOL 64 SV PPV: 80.10 DH  
159,00 2) levomec 64 LABORATOIRES SOTHEMA  
UT. AV:  
PPV (DH):  
40,00  
PHARMACIE ZEMMAMA Nadia Résidence Taghazout  
Casablanca, tel. 05 22 26 28 67

40,00 3) Tretol 106

10,00 4) Parantol 500

39,90 5) Fidocel 328,28 (X4)

PARANTOL®  
PPV 100DH50  
EXP 06/2024  
LOT 140612

Dr. CHRAIBI Mde. Chakib  
Spécialiste O.R.L  
0522 25 26 19/05 22 98 72 37

LOT 22010  
FIR SEP 24  
PPV 3.9DH 90

LEVAMOX® 1g 16 COMPRIMES  
LOT 240322  
EXP 05/2024