

# 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.

Matricule : *3155* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*BACHA MOHAMMED*

Date de naissance :

*13/12/1955*

Adresse :

*267, Bd de la grande Pomme HM  
CASABLANCA*

Tél. : *0613744690*

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : *03/01/2023*

Nom et prénom du malade : *NACHIT GHIZLANE* Age : .....

Lien de parenté :

Même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

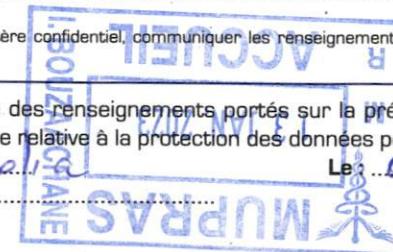
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

*Mohammed*

Le : *03/01/2023*

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
03/01/23	Pharmacie	12	300,00	250,00

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS

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

		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة أنفا - المحمدية  
*Clinique Anfa - Mohammedia*

FACTURE

DATE DENTREE	N° FACTURE	NOM ET PRENOM	DATE DE SORTIE
03/01/2023	98606	NACHIT GHIZLANE	03/01/2023
DR KABBA		V2	300,00 DHS
PHARMACIE			200,00 DHS
TOTAL : CINQ CENT DIRHAMS			500,00 DHS

Clinique Anfa Mohammedia  
237 Bd Sebta la Colline  
Mohammedia - 10100  
Tél: 05 23 30 06 86 / 87 - 05 23 31 60 60 / 50  
Fax: 05 23 31 25 25



مصحة أنفا - المحمدية  
*Clinique Anfa - Mohammedia*

CLINIQUE ANFA MOHAMMEDIA

DETAIL PHARMACIE

DESIGNATION	PU	QUANTITE	TOTAL
PERUSEUR	35,00	1	35,00
INTANUL	20,00	1	20,00
CALCIUM	40,00	1	40,00
PERFALGAN	70,00		70,00
SERUM SALE	30,00	1	30,00
SERING	5,00	1	5,00
TOTAL			200,00

*Clinique Anfa Mohammedia  
237 Bd Sebta - La Colline  
Mohammedia - Tél 05 23 31 60 60/LG  
Fax 05 23 31 25 25*