

# 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.

M22- 0048271

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1681

Société :

ND  
ANX 5813

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BARTOULASSY Déd

Date de naissance :

1951

Adresse :

Asd

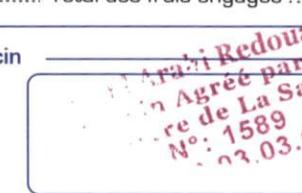
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22.93.09

Nom et prénom du malade :

BARTOULASSY

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ANXIÉTÉ + phobie

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 : Casablanca

Le : 18/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

8

## 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
18/07	2023		160000 HT	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date
 <b>PHARMACIE RESIDENCE ANNABA</b> <b>Siham GUESSOUDI</b> <b>4, Résidence Annaba - Oulfa</b> <b>05 22 89 43 09 - Casablanca</b>	 <b>Montant de la facture</b> <b>60 Dhs</b>
 <b>PHARMACIE RESIDENCE ANNABA</b> <b>Siham GUESSOUDI</b> <b>4, Résidence Annaba - Oulfa</b> <b>05 22 89 43 09 - Casablanca</b>	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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							
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>						
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>									
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	D	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G									
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553									
D	B									
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

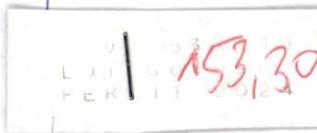
الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الجراحة الصغيرة - الختان

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Siham GUERRAOUI  
Résidence en Pharmacie  
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca



PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Siham GUERRAOUI  
Résidence en Pharmacie  
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Siham GUERRAOUI  
Résidence en Pharmacie  
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr Redouane  
Le Médecin Agréé par  
Le Ministère de La Santé  
Tél: 05 22 93 03 09

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 93 03 09

Lotissement Hadj Fateh - Lot 141 - R.D.C-Appt.2-Casablanca-Tél.: 05 22 93 03 09