

# 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- 0044056

Optique 148859  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 695 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MESNAOUI, Abdellahmid

Date de naissance : 21.6.1966

Adresse : 5, Rue Ibtou Chahid Palmerie Maser

Tél. : 0670406248 Total des frais engagés : 294,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HARTI Younes  
Anesthésiste Réanimateur

Date de consultation : 17.10.2023

Nom et prénom du malade : MESNAOUI, Abdellahmid Age: 56 cm

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Infarctus myocarde

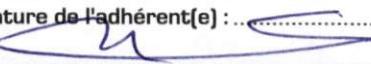
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

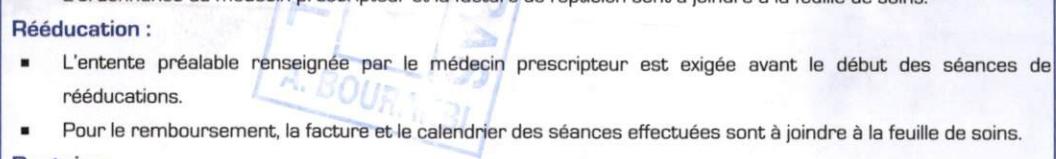
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/01/23        | U                 |                       | 67                              | DR. HARTI  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Formuleur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| macie Naid Palmer S.A.R.L. A. J. Rte Abou Chalif, Casablanca 10000, 25 60 54 | 10/01/23 | 260.80                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

| 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 canalaire, 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         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE         |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | B           |                         |
|                           |   |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |   |  |             | DATE DU DEVIS           |
|                           |   |  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

**(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

Casablanca, le 14/01/23

ORDONNANCE

Nom : HESNAoui

Prénom : ABDELHAKIM



• OFiken 200mg 1cp x 2/j



74.80

pdt 5 jours

pdt 5 jours

• Sepcen 500mg 1cp x 2/j

SEPCEN® 500 mg

ciprofloxacine

10 comprimés pelliculés



74.80

• MEDIZAPIN 250mg 1cp/j le soir

pdt 7 jours

26.80

Al Nasse Nadj Palmier  
S.A.R.L. A.U.  
135, Rue Ibnou Chahid  
Cité Ouled Chahid - Casablanca  
Tél: 0522 25 60 64

مصحة  
دار البيضاء  
Le B. Batinia et Rue 93, Quartier El Fenn  
المغربية Derb Ghallef Maârif, Casablanca  
Tél: 0522 92 28 28 Fax: 0522 23 81 55  
RECEPTION