

# 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 : 1377 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KASRI Mohamed

Date de naissance : 01-01-1950 Fc

Adresse : cité de la Louvre Avenue Touggourt

N.R 22 a Nouaceur Casab

Tél. : 06 6110 6715 Total des frais engagés : 30000 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 FEV 2023

Nom et prénom du malade : KASRI Mohamed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : FEV 2023 Le : 1/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : S

# 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
02 FEV. 2023	C MANSOUFINE			 <p>Dr. Abdelkrim LAMRANI D.R.I. Centre ORL de Diagnostic et Explorations C.O.D.E AL FARABI Casablanca Ante Rue Jean Jaurès et El Rahim Roudani - Casablanca Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 48 18 85 INPF - 091091439</p>

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

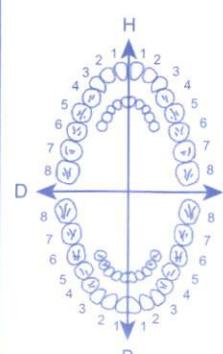
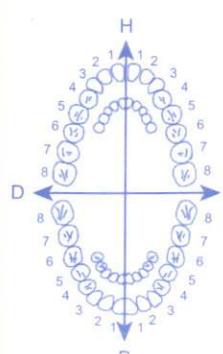
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	
	13 FEV. 2023	1	0	0	0	30.000,-
		2	3	0	2	23.02.23
		3	0	0	0	facture.
		4	0	0	0	23.07.23
		5	0	0	0	30.000,-

# 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												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b> <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Matériels Audioprothétiques

Casablanca, le 13/02/2023

**FACTURE N°: 2307/23**

Mr KASRI MOHAMED  
CASABLANCA MAROC

Désignation	Qté	Prix Unitaire HT	Prix Total HT
PROTHESE AUDITIVE NUMERIQUE RIC	2	15 000,00	30 000,00
PILE ACOUSTIQUE	10	-	-
<b>Total Hors taxes</b>			<b>30 000,00</b>
<b>Montant TVA au taux de :</b>	<b>20%</b>		<b>(*)</b>
<b>Total en DHS</b>			<b>30 000,00</b>

Arrêter la présente facture à la somme de :

**TRENTE MILLE DIRHAMS .**

**MODE DE PAYEMENT :**

**CHEQUE**

137, Bd Adakhla Inara 10480 Casablanca  
Tél / Fax : 05 22 87 01 07  
Site Web : www.audel.ma

(\*) Exonération prévue par l'article 91-VI-2° et 124 du code générale des impôts.

137, Bd Adakhla Inara 1  
Casablanca  
Tél / Fax : 05 22 87 01 07  
Site Web : [www.audel.ma](http://www.audel.ma)