

# 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

- Reclamation : 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.

N° M21- 073347

066199336/

Optique

Autres

### Dentaire

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MAZIANE KHADJA

Date de naissance : 10/08/1960

Adresse : 57 Rue de la Remei ibili (c) n° 11

Tél. : 0661993361 Total des frais engagés : 339,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur Hicham EL OTMANI - EEG/EMG

Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : Maziane Khadja Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vélo

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

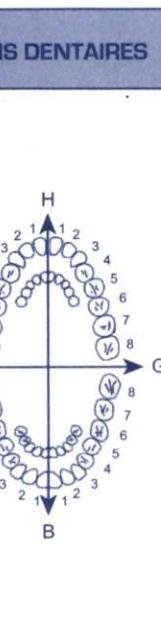
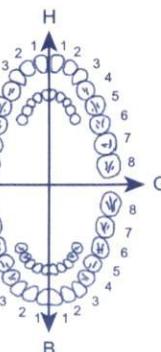
Fait à : Casablanca Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nature des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/01/2023	05	3.000€	3.000€	Dr. Richard LEGIER 06 67 17 33 11 091032391

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ZELEA 2023</i>	<i>4/07/2023</i>	<i>309,80</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> 	<b>Nature des Soins</b> 	<b>Coefficient</b> 	CŒFFICIENT DES TRAVAUX														
<b>MONTANTS DES SOINS</b> 																		
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> 																		
<b>FIN D'EXECUTION</b> 																		
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 					<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
G	00000000	00000000																
B	35533411	11433553																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					CŒFFICIENT DES TRAVAUX													
					MONTANTS DES SOINS													
					DATE DU DEVIS													
					DATE DE L'EXECUTION													



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جراده الوازيس

Casablanca, le.....

02/01/2023

Mme MAZIANE Khadija

*39,80*  
LAROXYL 40 mg/ml S buv Fl cpte-gttes/20ml

*✓ 3 Gouttes le soir pendant 7 jours, puis 6 Gouttes le soir*

06 semaines

*Dr. El Hachmi El Omani  
EUROLOGUE - EEG/EMG  
Clinique JERRADA - Oasis  
Tél: 06 67 12 33 11  
INP: 091032391*

*Dr. El Hachmi El Omani  
Pharmacie Mme Boubai Bouchra Tel: 05 22 28 01 65  
60, Bd Moulay Youssef 10100  
Casablanca - Tel: 05 22 28 01 65*

**Laroxyl®**  
Amitriptyline

PPV: 39DH80  
PER: 07/25  
LOT: L2581

**Laroxyl® 40 mg/ml**  
Amitriptyline  
Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407