

# 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.

N° W21-771742

AS6020

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 10120		Nom & Prénom : TRADY FADOUA	
Actif <input type="checkbox"/>		Pensionné(e) <input type="checkbox"/>	
Autre : _____		Date de naissance : _____	
Adresse : _____			
Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           Cadre réservé au Médecin            Dr. Dounia Belghazi            Psychiatre Psychothérapeute            Rés. Amsterdam Angle av. 2 mars et no andalous            Tel. 05 22 86 22 07            1012023         </div>			
Cachet du médecin :  Date de consultation : _____ Nom et prénom du malade : _____ Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_ 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
16/03/23			600,00	INN Dr. Bonnia Bologna N° 001-04242 Psychiatre psychotérapeute 2h 86 22 07

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé de la Facture
Pharmacie Ville Joyeuse Dr Hamilou Lyne Perle Nouveauté Tranche 4 Imm 9 Rdc n°2, Casablanca - Tél: 0520 28 88 31 ICE: 002677277000055 INPE: 092111467	16.03.23	183,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433562 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



الدار البيضاء، في ١٥ / ٠٣ / ٢٠٢٣  
Casablanca, le : ١٥ / ٠٣ / ٢٠٢٣

Yacate Sirene El Paeniki

579  
03 104123

S.V

1 To  $\infty$ )  $\rightarrow$  S.V

MS. 10

A handwritten prescription is shown, with the following details:

1 - 0 - - x 2/ See

**Pharmacie Ville Joyeuse**  
Dr Hamilou Lyne  
Perle Nouaceur Franche 4  
19 Rdc n°2 Casablanca  
tel: 0520 28 88 31

A blue rectangular stamp is visible on the right, containing the following text:

Belghazi  
Orthothérapeute  
Casablanca  
Maroc  
86 22 07

Résidence Amsterdam, Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam  
4<sup>ème</sup> étg N°14 ( au dessus de Macdonald's) Casablanca  
Tél.: +212 522 86 22 07 / E-mail:drbelghazidounia@gmail.com

اقامة أمستردام، شارع 2 مارس ونطاطع زنقة أمستردام  
الاطلاق الرابع، الرقم 14 (فوق ماكدونالدز) - البيضاء  
الهاتف: 0522 86 22 07 - البريد الإلكتروني: drbelghazidoumnia@gmail.com