

# 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- 0053325

AS6372

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5849

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

A.BOUFAID MOSTAFA

Date de naissance :

14/07/1965

Adresse :

Lotissement EL WAHDA 2 N°306  
DEROURA

Tél. : 0667 312701

Total des frais engagés : 2004.82.40.

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FOUISSI MOUNIA  
Pédiatre  
Av. de la Résistance, El Wahda I. N°98  
Deroura Tel: 0522 51 42 88  
Email: mounia\_fouissi@mail.com

Date de consultation : 03/07/2023

Nom et prénom du malade : Aboufaid Mohamed Amine

Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC 6 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
03				
04				
2023	ct		200,00 DA	MOUNTAUISSI MOUSSA Pédiatre Résistance, El Wahda I. N°98 Daroua Tel: 0522 51 42 88 E-mail: mountaoussi@mail.com 198792

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03 01 2023	82,40 DH

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
D				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr.FOUISSI MOUNIA**  
**Pédiatre**

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la Faculté de Médecine et de  
la Pharmacie de Casablanca



**د. الفويسلي مونية**

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع  
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال  
خريجة كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : 03/04/2023

Age : \_\_\_\_\_

Poids : 66,30

Nom : L'enfant : ABOUFAID MOHAMED AMINE

21,80

**1) POLYDEXA GTTES AURICULAIRES**

3 GOUTTES X2/J PDT 5J

20,90

**2) VIT D3 BON 200000UI**

1 AMP / AN

39,70

**3) FUCIDINE 2% pommad**

1 APP X3/J PDT 7J

82,40



فوسيدان 2%  
مرهم أنبوب من 15 غ  
39,70

**Dr. FOUISSI MOUNIA**  
Pédiatre  
Av. de la Résistance, El Wahda I, N° 98  
Deroua Tel: 0522 51 42 88  
E-mail: mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة ١ الرقم ٩٨، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)  
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com