

# 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 : 8948 Société : 160835  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : Jamal El Fakir  
 Date de naissance : 01.01.1943  
 Adresse : My 171 y e Rachid - Bouskoura - 1030 B  
 Tél. 06 62 18 11 26 Total des frais engagés : 84,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
 Date de consultation : 02/05/2021  
 Nom et prénom du malade : 1er Janvier El Fakir Age : 78 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : AVC  
 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 : Casablanca Le 02/05/2021

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
20/05/23	Q		400,00	DR. KRIKHALI Neuro-Chirurgien Cerveau - Masse Epileptique - Rach. Tel: 06 67 09 61 00 INPA: 091065854

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA REKDOU	02/05/23	184,00

## 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	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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX						
DEBUT D'EXECUTION										
	FIN D'EXECUTION									
		CCEFFICIENT DES TRAVAUX								
			MONTANTS DES SOINS							
				DATE DU DEVIS						
					DATE DE L'EXECUTION					
						ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
							H	25533412	21433552	
						D	00000000	00000000		
B						00000000	35533411	11433553		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										



Casablanca, le 02/07/2022

M<sup>r</sup> Jamil El Jazouli

PHARMACIE LA PLACE  
Hay Rekbout Rue 12 - N°53  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél : 05 22 70 16 39  
Ice: 001633163000023

~~Cover Sy~~ S.V. (28)

92,00

22

~~184,00~~



Dr. FIKRI Khalid  
Neuro Chirurgien  
Cerveau-Méningée-Epileptique-Rachis  
Tél: 06 67 09 61 00  
INP: 09 10 65 85 4

مستعجلات 24/24 URGENCES 24/24