

## 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 :

- Vérifiez que le moteur de la machine à laver fonctionne correctement.

2558 28

- Reéducation :**

  - 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 ALG

- 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](mailto:contact@mupras.com)
  - **Prise en charge** : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
  - **Adhésion et changement de statut** : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



## Déclaration de Maladie

Nº W21-77148

80 168796

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : caza le : 10/07/93

Signature de l'adhérent(e) : 

John W. Thompson John W. Thompson

11. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 11)

### 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
10/07/2023 C			3000H	INP : 99M16994 DR. LAOUIS

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUTIEN TEL: 05 22 50 22 50	15/07/23	5250

### 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	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

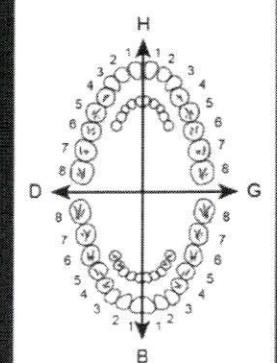
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				Coefficient des travaux : _____
				Montants des soins : _____
				Début d'exécution : _____
				Fin d'exécution : _____
				Coefficient des travaux : _____
				Montants des soins : _____
				Date du devis : _____
				Date de l'exécution : _____

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 13/7/23

Baïgi ILIAS ADDER MM

30.10

PHARMACE BOUTIQUES  
BOULEVARD DOHA  
Casablanca - Tel: 05 22 50 15 30  
99 BIS, Rue 2, lot. Mandir, Afic Chouk

22.40

a Maxidrol  
5.

15

11 - 415

collyre

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol collyre 5 ml  
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV  
PPV : 30.10 DHS  
406994

T = 52.50

l'application le Sein

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol pommeade ophtal., 3.5 g  
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCV  
PPV : 22.40 DHS  
406805