

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : L.25 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LARAKI Mehdia

A28777

Date de naissance : 1/1/1998

Adresse : Rue Ahmed El Kadmiri Riwala Casablanca 1 et 3

Tél. : 05 22 23 82 11

Total des frais engagés : 2 439,00 + 200 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/08/2023

Nom et prénom du malade : LARAKI MEHDIA

Age : 35

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiopathie

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) :

ACCUEIL KH



## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/08/23        | CS                | 1                     | 200,-                           | Docteur Amine DASSI<br>Spécialiste<br>Médecin Physique et Réadaptation Fonctionnelle<br>Quali- "Tour Anote" 1 <sup>re</sup> étage n°3<br>ca - Tel : 05 22 36 18 69 |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE BEYROUTH<br>19 Bis , Rue Beyrouth<br>Hay Laayouna<br>P.O. Box 22 55 59 48 | 06-08-2023 | 2932,00               |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXIHAIES MÉDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

| SOINS DENTAIRES   |             | Dents Traitées                               | Nat   |  |
|---|-------------|--|---|--|
| LOT 230666  | EXP 01 2020 |  |   |  |
| PPV 26,40   |             |  |   |  |
|   |             |  |   |  |
| LOT 230733  | EXP 03 2020 |  |   |  |
| PPV 26,40   |             |  |   |  |
|   |             |  |   |  |
| <b>NATION DU SWEET</b><br><b>MASTICAT</b>   |             |  |   |  |
|   |             | H  |   |  |
| 44,00 DHS<br>Prix Public de Vente<br>Maroc  |             | 25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | Cardensiel® 1,25 mg<br>Comprimés pelliculés B/30<br>PPV: 77,80 DH |  |
|   |             | 377676E                                      |   |  |
|   |             | B  |   |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |             |  |   |  |
| MONTANTS DES SOINS<br>DATE DU DEVIS<br>DATE DE L'EXECUTION                                      |             |  |   |  |

