

# 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

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2005

Société : Retraite RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGOUAMI El mostafa

Date de naissance : 11 mars 1976

Adresse : Abu Thale

Tél. 06 66 93 22 76 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/07/2023

Nom et prénom du malade : AGOUAMI El mostafa Age : 48 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Conjonctivite allergique

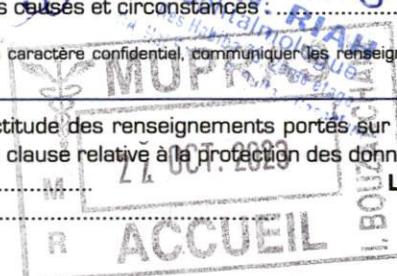
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
29/07/23	C.S		250.00DH	

INPE: 091174706  
ICE: 001638886000023

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LE PHARMACIE CASA ROUTE DE LA TOUTE RUE Casablanca	29/07/23	182.80

## 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
		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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS	
H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553				
D 00000000	G 00000000				
B 00000000					
[Création, remont, adjonction]				DATE DU DEVIS	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
DATE DE L'EXECUTION				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



41.0

4 - Gel larmes =

à la demande



6 118001 100958

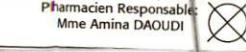
PPV : 41.00 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI



132.80

Dr. H. BAIYI  
Ophthalmo-Optique  
Rue de la Kasbah  
Casablanca



CTE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA

Lotte, Hal fatih Rue 645° 3 Log. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

CTE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28