

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : ..... 128 ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : BARA

D. .... 11. 44. .... N. .... 80180

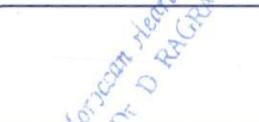
Date de naissance : 15. 11. 44.

Adresse : Hay oulja Rue 12 N:6

Tél. 06 74 55 85 66 Total des frais engagés : 220, 90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/10/2023

Nom et prénom du malade : BARA Mohamed Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Appendicite / Hernie abdominale opérée

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
20/10/2023	consultation	gratuit		BIN MALLEM Kenza cardiologue Tél 06 61 83 37 45

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE ABLAK HAI NAM 05 22 80 53 45 ABLANCA 11466000	20/10/93	220,93

#### **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 D B G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux
	H D B G	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



المعهد المغربي للأمراض وجراحة القلب  
Moroccan Heart Institute

780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520  
Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00  
ICE : 00185909000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866

le 20 Nov 23

PHARMACIE AL CIJARD  
S. CHALAK Haj Nacir  
Docteur en Pharmacie  
65, Av. Oued Sebou - El Oulfa  
Tél / Fax : 05 22 90 53 45  
CASABLANCA  
ICE : 001541468000057



0 35,70

Kardegic 160 mg

185 a midi

185,70

Sulfat 160 Nov 25

185,20

185,70



Dr. MALLEY  
Cardiologie  
el. 06 62 837 45

Med 1 mis

Total 220,90

Moroccan Heart Institute  
Dr. D RAGRAGUI