

# 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 : 11677

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boudi El NOSTAFA

1947

Date de naissance : 01-01-78

Adresse : lot SWAFA 2 N° 32 SETTAT

Tél. : 0660688685 Total des frais engagés : 289,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. MJAHED Saad**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
Bd Princesse Lalla Aïcha Imm. Malak Errachid  
Elagef ADDU 10000

**INPE. 091270003**

Date de consultation : 01/12/2023

Nom et prénom du malade : Boudi El NOSTAFA Age : 56

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vice de naissance

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1703-1318-0

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 : SETTAT

Le : 01/12/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

## **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
01/01/2023	C7	150.00		 <b>DR. ALIANE EL DAJANI</b> <b>OPHTHALMOLOGISTE</b> B1 Princesse Lalla Meryem Malak Errahmi El Jadida 20100 Téléphone : 091270603

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;">    <b>CONTACT ADIMY</b>            Optométriste Diplômé d'Etat            Medina Benrechid Tel 0522 32 41 44            40702 59-CNS 2244787         </p>		

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	
P	

(Création, remont, adjonction)

nctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) and various anatomical points labeled with letters and numbers. The points include: H (anterior midline), D (dental midline), B (posterior midline), V (vestibule), Y (labial/buccal), P (palatal), and S (sulcus). The teeth are arranged in two rows, with upper teeth numbered 1 through 8 from mesial to distal, and lower teeth numbered 8 through 1 from distal to mesial. The diagram is oriented with a vertical axis pointing upwards and a horizontal axis pointing to the left.

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