

# 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

- 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**

**Optique**

**Autres**

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	32148	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	196120
Nom & Prénom :		BELLAL SIDKI	
Date de naissance :		07 - 06 - 1956	
Adresse :		TOHA NAJATI	
Tél. :		0668406144	Total des frais engagés : 300 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

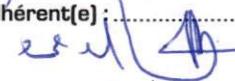
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	18 Decembre 2023		
Nom et prénom du malade :	Mr. BELLAL SIDKI		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age: 65
Nature de la maladie :	Acouphènes OG		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
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 : MARRAKECH

Le : 18/12/2023

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
8 Dec 2023	Cs		300\$	<i>DR. JONES LAR 06 78 92 34 45 INPE: 07128</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		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	25533412 00000000 00000000 35533411	G	Coefficient des travaux
	D	21433552 00000000 00000000 11433553	B	Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Youness LABANI**

Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale



د.يونس لباني  
اختصاصي امراض وجراحة  
الاذن، الانف والحنجرة، الوجه

جراحة الغدة الدرقية ( الكواثر ) / جراحة اللوزتين / علاج الدوخة و الصمم  
قياس السمع / علاج الشخير و الحساسية/ الكشف بالمنظار ( الأنف والحلق )

18 Dece 2023

### NOTE D'HONORAIRE

- Nom et le prénom : Mr BELLAL SIDKI

Prestation	Cotation
• Consultation spécialisée	CS
Total	300DH

Dr. YOUNES LABANI  
ORL & Chirurgie Cervico-faciale  
INPE : 071280648

المسييرة 1 س مركز الاعمال المسيرة شارع القنطرة طابق 3  
رقم 18 بالقرب من BIM و صيدلية و مختبر بلخياط - مراكش  
+212 (0) 524 341 131 | +212 (0) 678 923 445

**Dr. Youness LABANI**

Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale



د. يونس لعباني

اختصاصي امراض وجراحة  
الاذن، الانف والحنجرة، الوجه

جراحة الغدة الدرقية ( الكواثر ) / جراحة اللوزتين / علاج الدوخة و الصمم  
قياس السمع / علاج الشخير و الحساسية/ الكشف بالمنظار ( الأنف والحلق )

Mr Belal Sidki

18 Dec 2023

①

Extranasal

Appt hematox path 1 moi

Dr. YOUNES LABANI  
ORL Et Chirurgie Cervico-facial  
06 78 92 34 45  
INPE: 071280648

المسييرة 1 س مرکز الاعمال المسييرة شارع القنطرة طابق 3 | رقم 18 بالقرب من BIM و صيدلية و مختبر بلخياط - مراكش  
+212 (0) 524 341 131 | +212 (0) 678 923 445