

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 : 1863 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre : ✓

Nom & Prénom : M. chouaib M. amar

Date de naissance : 01/06/47

Adresse : Rue 144 N° 108 Ain chok  
CAS.A

Tél. : 06 64 33 03 58 Total des frais engagés : 399.30 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 21/02/24

Nom et prénom du malade : Mohamed Nasser Abdel Shau Age : 70

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : polyarthrite arthrose arthralgie arthropathie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : arthrose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : malaise

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 : CAS.A

Le : 21/02/24

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
21.2.24			300,00	 Dr. MOHAMED RACHID Professeur en Néphrologie Clinique N.P.C. : 041012532 06 61 19 86 79 mohamedh@gmail.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA BOUTIQUE	21/2/21	91.30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 canalaire, 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	a
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 22.2.2014

Dr. MOHAMED RACHID  
Professeur en Hématologie Clinique  
ANPE : 091013532  
Tél : 06 61 19 88 79  
Email: rachid.mohamed.h@gmail.com

Dr. MOHAMED RACHID  
Professeur en Hématologie Clinique  
ANPE : 091013532  
Tél : 06 61 19 88 79  
Email: rachid.mohamed.h@gmail.com

AS  
Dr. MOHAMED RACHID  
Professeur en Hématologie Clinique  
ANPE : 091013532  
Tél : 06 61 19 88 79  
Email: rachid.mohamed.h@gmail.com

AS  
Dr. MOHAMED RACHID  
Professeur en Hématologie Clinique  
ANPE : 091013532  
Tél : 06 61 19 88 79

91.30

Dr. MOHAMED RACHID  
Professeur en Hématologie Clinique  
ANPE : 091013532  
Tél : 06 61 19 88 79  
Email: rachid.mohamed.h@gmail.com

PPV: 69 DH 50

01 a/c

PPV: 69 DH 50

