

# 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 : **6477**

Société : **Ex RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**MOUSLM OTHMANE**

Date de naissance :

**22 - 10 - 1963**

Adresse :

**habituelle**

Tél. : **0661461838**

Total des frais engagés :

**7400,00**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Naiila DRAOU  
Dermatologue - Vénérologue  
22. Bd. El Qods Rés. Jelcenter Elg 1  
Ain Chock - Casablanca  
Tél. 0522 21 60 00 / 0522 21 21 08**

Date de consultation :

**22 / 02 / 24**

Nom et prénom du malade :

**MOUSLM Inas**

Age : **19 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**dermatose**

Affection longue durée ou chronique :

ALD

ALC

**Pathologie**

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 : **22 - 02 - 24** cas

Le : **22 / 02 / 24**

Signature de l'adhérent(e) :

**Signature**



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/02/2024		5	600 DH	Dr. Naila DR. N. Dermatologue - Vénérologue 22. Bd. El Qods Res. Jelcenter Elg 1 Ain Chock - Casablanca Tel: 0522 21 60 00 / 0522 21 21 08

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

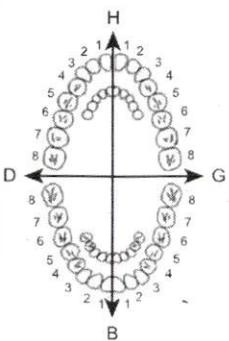
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

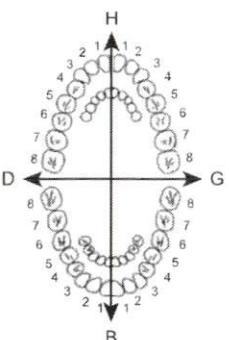
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553
B	
G	

[Création, remont, adjonction] Montant des Honoraires

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Maladies de la peau • Cheveux • Ongles • Chirurgie Dermatologique • Mésothérapie • Microneedling  
Laser épilatoire • Laser CO2 • Toxine Botulique • Comblements • Peeling • Rajeunissement non invasif

22/02/2024

ICE : 001678412000015

INPE : 131072894

**Mlle MOUSLIM Inas**

**NOTE D'HONORAIRE**

Actes	Montant
consultation	400,00
<b>Total :</b>	<b>400,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

**QUATRE CENTS DIRHAMS**

Dr. Naila DRAOU  
Dermatologue - Vénérologue  
22, Bd. El Qods Rés. Jetcenter El Chak  
Ain Chock - Casablanca  
Tél. 0522 21 60 00 / 0522 21 21 00