

# 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.



Déclaration de Maladie

M23- N° 0030799

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2878 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : HANOUNI BRAHIM  
 Date de naissance : 01/01/1951  
 Adresse : BP 08 BIRJAOU PR-ELJADIDA  
 Tél : 00 6175 66 48 Total des frais engagés : .....Dhs

PRAFF05/VZ/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 22/01/2024  
 Nom et prénom du malade : MABOUKAL SAADIA Age: 65  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Shvie pour TA  
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

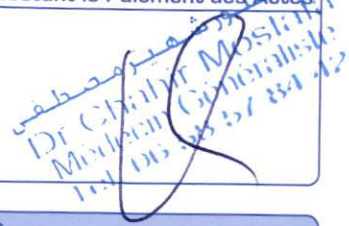
Fait à : BIRJAOU Signature de l'adhérent(e) : Le : 22/01/2024

## Adresses Mails utiles

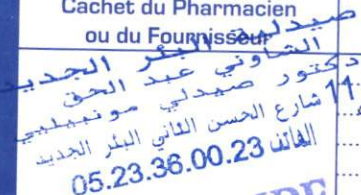
- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

### RELEVÉ 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/01/24        | Car sultak'ien    |                       | 130 DH                          |  |
|                 | INPE - 061323663  |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 22/01/24 | 230,20                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

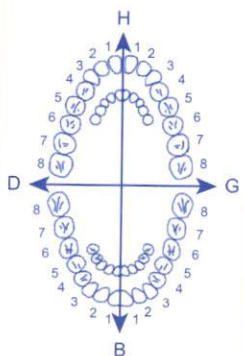
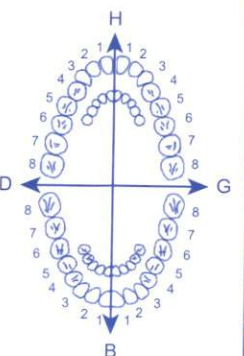
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVÉ 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 <input type="text"/>     |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
|   |   |   |                      | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>          |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
|   |   |   |                      | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>           |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
|   |   |   |                      | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>             |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
|   | <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  |   |                      | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
|   |  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                      | H  |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | G |  | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|   |   | H   |                      |  |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
|   |   | 25533412<br>00000000  | 21433552<br>00000000 |  |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
|   |   | G   |                      |  |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
|   |   | 00000000<br>35533411  | 00000000<br>11433553 |  |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
| B   |   |   |                      |  |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |                      |  |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
|   |   | DATE DU DEVIS <input type="text"/>  |                      |  |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |
|   |   | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>  |                      |  |  |                      |                      |   |  |                      |                      |   |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de médecine générale  
Dr chahir mostafa



عيادة الطب العام  
الدكتور شهير مصطفى

الطب العام - الفحص بالصدى - تتبع الحمل  
تتبع الأمراض المزمنة

Le: 22/01/2020

Mr/Mme: Mohamed Saad



208,

1 - couverture base / suq



22,20

2 - co. del. p' j le mater  
le mater  
le mater



230,20

الدكتور شهير مصطفى  
عيادة الطب العام  
شارع الحسن الثاني  
بئر جديد  
الهاتف: 05 23 57 84 42  
Dr Chahir Mostafa  
Medecin Généraliste  
Tel: 05 23 57 84 42

PPV: 22DH20  
PER: 09/25  
LOT: M2956

06 58 57 84 42

Mostafachahir95@gmail.com

شارع الحسن الثاني، إقامة مبروكة رقم 9  
الطابق الأول بالقرب من مختبر التحاليل الطبية  
بئر جديد