

## 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 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.

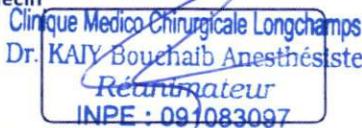
### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <u>14088</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : <u>A. Rifi Nelsaoud</u>	
Nom & Prénom : <u>A. Rifi Nelsaoud</u>		Date de naissance : <u>1934</u>	
Adresse : <u>ANFA 3 Bloc 3 App 5 Mezairif</u>		Tél. : <u>06 77 56 19 31</u> Total des frais engagés : <u>1000</u> Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>26/09/2018</u>		Nom et prénom du malade : <u>Allaoui Mohamed</u> Age : _____	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint		<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>Pneumonie</u>		En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Accident circulatoire</u>	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère <input type="checkbox"/> confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : _____			
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 Attestation d'Encaissement des Actes
26/10/08	CS		CH	Dr. KATY BOUHOUA Anesthésiste Réanimateur INPE : 091083097
				
				INPE : 091083097

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/09/2019	473,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
	<b>DENTS TRAITÉES</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>NATURE DES SOINS</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>COEFFICIENT</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>																	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																	
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																	
					<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
						<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
						H	G														
						25533412	21433552														
						00000000	00000000														
D	G																				
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="checkbox"/>																					
<b>Montants des soins</b> <input type="checkbox"/>																					
<b>Date du devis</b> <input type="checkbox"/>																					
<b>Date de l'exécution</b> <input type="checkbox"/>																					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																					

Clinique Medico Chirurgicale Longchamps  
Dr. KATY Bouchaib Anesthésiste  
Réanimateur  
INPE : 091083097

Clinique Medico Chirurgicale Longchamps  
Dr. KATY Bouchaib Anesthésiste  
Réanimateur  
INPE : 091083097

Arifi M'hamed

150,40

1) rastarel 38

35,75

2) Kardegi 160

90,06

3) Xyzoll 5 mg

11,60

4) Orokew 200

11,60

5) Spectra m

52,18

6) acido 20

11,60

7) 473,00

KARDEGI 160MG  
SACHELS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 9MA079  
PER : 10 2020

Bouyoumou  
CASABLANCA  
TEL. 0522 36 33 27  
19 bis Bd Thouno Sma

Wme qfllaa Bensouda  
Bouyoumou  
CASABLANCA  
TEL. 0522 36 33 27  
19 bis Bd Thouno Sma

LOT 191575 1  
EXP 06 2023  
PPV 90 50

Wme qfllaa Bensouda  
Oroken 200 mg cp pel b 8  
P.P.V : 143,60

11800 061069

LOT 18038  
EXP 02/2021  
PPV 52.80DH