

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-457570

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7598 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABOU EL HOUDA WIAU  
 Date de naissance : 18/10/62  
 Adresse : Rue ALARZ I M C APP1 HAY RIAD  
 RABAT  
 Tél : 0661102316 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalid NOUREDDINE  
 Chirurgien Dentiste  
 6 Avenue Al Hour, Hay Ryad, Rabat  
 Tél. : 05 37 71 87 18 / 17

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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'at-  
 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 27/11/19 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : AS

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-457570

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
 réclamation ultérieure.

Matricule : 7598  
 Nom de l'adhérent(e) : ABOU EL HOUDA  
 Total des frais engagés : 320.10

## 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie KANAR RIAD</i> Secteur 13 14 15 16 17 18 19 Rabat Tél. 037 56 36 38	21/10/19	255,00
INPE : 102936290	22/10/19	65,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION 21.10.19 <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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'EXE

LOT : 8MA076  
EXP. : 11/2021  
BIRODOGYL  
CP PEL B15  
P.P.V : 102DH00  
6 118000 060567

**ALGANTIL® 200 mg** 20 comprimés effervescents

PPV 26DH80

EXP 08/2021  
LOT 86019 1

26,80

Y → Aboulhonda Wia

26,80

→ Algantil 2cx3 / Sidoua  
(effervescent)

102,00

→ Bina 200g 1cx4

65,00

126,30

→ Aug-Li 19 19x

PPV: 126,30 DH  
LOT: 614249  
PER: 10/20



65,00

→ ~~Dr. Khalid NOUREDDINE~~  
Chirurgien Dentiste  
6 Avenue Al Hour, Hay Ryad, Rabat  
Tél. : 05 37 71 87 18 / 17

~~Dr. Khalid NOUREDDINE~~  
Chirurgien Dentiste  
6 Avenue Al Hour, Hay Ryad, Rabat  
Tél. : 05 37 71 87 18 / 17

صيدلية كوثر الرياض  
PHARMACIE KAWTAR RIAD  
Secteur 13 H3 Hay Riad  
Rabat - Tél. : 037 56 36 38

PHARMACIE KOUNOUZ  
DR. SAADAOUI HICHAM  
Rabat - Tél. : 05 37 71 15 16