

# 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

- Reclamation : 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.



# Déclaration de Maladie

N° W19-457570

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7599

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Abou El Hocda WIAWY

Date de naissance :

18/10/62

Adresse :

Le AL ALZ INC APP1 HAY Ryad

Tél. :

0661102216

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

1

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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 : 1/1/19

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

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 : 7599

Nom de l'adhérent(e) : Abou El Hocda

Total des frais engagés : 320.10

### 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
				INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. SAAD AL ABBADI - KARABIAH PHARMACIE KARABIAH Secteur 13 - Rabat - Tel. 037 58 36 38</i>	21/10/19	255,00
<i>INPE : 102036290</i>	22/10/19	65,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

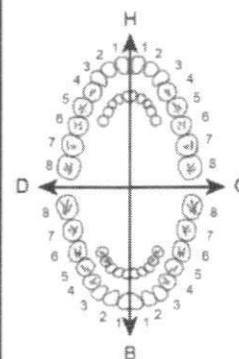
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<i>Consultation</i>			INP : [REDACTED]
			<i>COEFFICIENT DES TRAVAUX</i> [REDACTED]
			<i>MONTANTS DES SOINS</i> [REDACTED]
			<i>DEBUT D'EXECUTION</i> 21.10.19
			<i>FIN D'EXECUTION</i> [REDACTED]

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

*Dr. Khalid NOUREDDINE  
Chirurgien Dentiste  
Avenue Al Youssifi  
Tél. : 05 37 71 8178  
DATE DE L'EXECUTION : 17/10/17*

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

0  
BIRODOGYL  
CP PEL B15  
P.P.V : 102DH00  
12/2036  
LOT : 86019  
6 118000 060567

ALGANTIL® 200 mg 20 comprimés effervescents  
PPV 26DH80 EXP 08/2021  
LOT 86019 1  
26,80

26,80

→ Algantil 2 x 3  
(effervescent)

102,00

→ Birodogyl 1 x 3

126,30

→ Algantil 1 g x 3

65,00

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

|||||

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

صيدلية كوش الرياض  
PHARMACIE KAWTAR RIAD  
Secteur 13 H3 Hay Ryad  
Rabat - Tel: 037 56 36 38

Dr. SAADOUNI Hicham  
PHARMACIE KOUONOZ  
Rabat - Tel: 05 37 71 15 99  
Dr. SAADOUNI Hicham  
Rabat - Tel: 05 37 71 15 99