

## 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.

N° W19-426867

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22726</b>			
Matricule : <b>9917</b>			
Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BENCHARKI - OMAR</b>			
Date de naissance : <b>15-05-1969</b>			
Adresse : <b>Perla 4<sup>e</sup> immeuble 5 Apt 6 - 2<sup>e</sup> étage</b>			
Tél. : <b>06 69 28 1803</b>			
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>DR MALIKI Mohammed</b> <b>Médecine Générale</b> <b>Diplôme en Echographie</b> <b>Deroula - Tel. : 0661 93 28 94</b>			
Date de consultation : <b>30 JAN 2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BAHAL CHARICKI NADIA</b> Age : <b>34 ans</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Pneumothorax apnéique</b>			
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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



## 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
0 JAN 2020	CH		20000	INP : 1667022020 DT : Mzikli Mohamed Médecin Générale Diplôme en Échographie Téléphone : 6651 93 28 94

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DE L'AEROPORT</b> <b>MOHAMMED BENJOUHOU</b> <b>Doceteur en Pharmacie</b> <b>06-0522 53 86 75</b>	<b>30/07/2020</b>	<b>206,80</b>

#### **ANALYSES - RADIOSGRAPHIES**

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
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="0"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td>I</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	I	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B		I																	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

PPV: 126,30 DH  
LOT: 620044  
PER: 03/21

10  
NERAL  
LOT: 332  
PER: SEP 2021  
PPV: 24 DH 20

Diplômé en Echographie  
de la Faculté de Médecine de Montpellier, France

LOT : 191019  
UT AV : 06/2022  
PPV:14,30DH

PPV (DH) : LOT N° : UT.AV. :

Veste du Permis Conduire

Bracelet ARKAN

حنة السيارة

الفر

Deroua, le : 30 JAN 2020 الدروة، في :

126,30

- Augment  
and 2d

1A 1B 1C  
6 6 6

AS

42,00

- Presse Nas  
2 p bout

AS

44,30

- Rhinoflow D  
NBB 8d 9g

AS

24,20

- dyspepsia

AS

Tz 266,80

CODE INPE  
062001706 app

Dr MALIKI Mohammed  
Médecine Générale  
Diplôme en Echographie  
Deroua - Tél. : 0661 93 28 94

Centre de Santé  
Ugny Aéroport  
MOHAMMED V  
Mohamed BENOUHOUD  
161.0522 53 86 75

LOT N°:

UT. AV : 42.00 - 1  
0.1722  
PPV : 42.00 DH

42,00

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي