

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copié 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0004220

Société : 0130389

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSTAID JAMILA

Date de naissance :

Adresse : 10 Rue oued Shou Hay Souda  
Boulechid

Tél. : 0617 81 81 31

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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'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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 26/10/2020

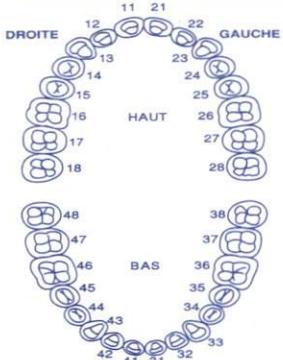
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

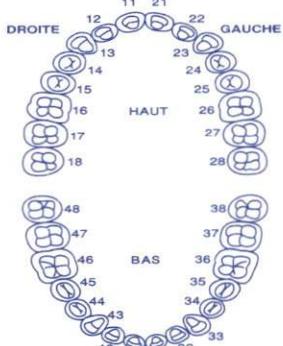
## Montant des soins

## Début d'exécution

## Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



	H	G
D	25533412 00000000	21433552 00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

## Coefficient des travaux

## Montant des soins

## Date du devis

## Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N° P17/0051098



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Cachet  
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

Nom & Prénom : *Moustaid Jamila*

Fonction : *Phones* 06.17.31.81.31

Mail :

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age

Date 20/03/20

Date 1ère visite

*Accident pénétrant main*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

*consu-  
injection* 300.00  
150.00

PHARMACIE Date 19/03/2022

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

CACHET

مصحة الشاو  
NIQUE CHAOUIA

49,40



060003332

**CEMIADE CHADIA**  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
Tel. 0522 33 66 22 / 33 66 61 Fax 0522 33 66

## ORDONNANCE

Berrechid, le 13/3/2020

1<sup>o</sup> Jamila Motrin

49.4°

✓ M Anne P. <sup>1915</sup> S. 2

27.7.15  
2)

5, Rue Okba Ibnou  
- BERRECHI  
T: +0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax:

Valeur énergétique/100g

### Valeur énergétique/100g



5 420024 611207

Autorisation du Ministère de la Santé :  
N°DA20170607563DMP/20UCA/ROV3

A consommer de

## préférence

Lot N° :

Voir ci-contre :

77,75 DH  
Lot: 02052019E  
Per: 05-2022

3, Rue Okba Ibnou Nafie - 26100 BERRECHID - Tél.: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 66  
E-mail : clinichaouia@gmail.com - ICE : 0015330900000



060003332

**FACTURE N°0971/20**

Nom : MOUSTAID  
Prénom : JAMILA

Cs Dr BENSALAH : 300.00DHS  
INJECTION : 150.00DHS

Arrêté la présente facture à la somme de :

« QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS ».

Berrechid le : 20/03/2020