

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-514207

N° D.  
34565

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1490	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELABBES IKHALIL			
Date de naissance : 01/09/1951			
Adresse : 635 RUE GOUNIMA 8009 ESSA			
Tél. : 06666000418		Total des frais engagés : 1573,40 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
 Cachet du médecin :			
Date de consultation : 5/06/2020			
Nom et prénom du malade : Mme KHIDOU Fakir épouse Belabbes			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <del>MUPRAS</del> maladies diffuses			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <del>26/11/2020</del>			
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 : ~~05/06/2020~~ Le : 05/06/2020

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
5-6-20	CS	300,00	309,00	INP : 091037077

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Nezha	05/06/2020	1273,40

091037077

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

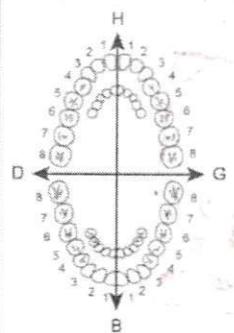
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

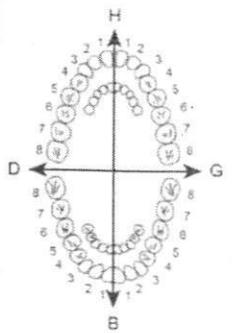
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Dr. EL FATTAH Abdellatif  
Professeur de Chirurgie Orthopédique  
et Radiologie Fonctionnelle  
Pathomécanique et Locomoteur Podologique

Le: 5-6-2020.

M<sup>me</sup> KHIDIOUT F.

Epoisse M<sup>r</sup> Belabbès

283,00 x 3

1<sup>o</sup> Chondrosulf 400 mg

1x2/jx 3 mois.

86,00

2<sup>o</sup> Achyl D 5 mg:

1/1/jx 3 mois.

28,00

3<sup>o</sup> Vitorevit fort:

1x3/jx 1 mois.

53,40 x 2

4<sup>o</sup> Ideos q à sucre:

1/jx 2 mois.



5°/ Codoliprane 500:

96,00

1x3/j 15/j



6°/ Belmazol 80 mg:

83,70

1 cp/j 5/j en + 6/j

7°/ Dexoxat 20 mg:

23,10

1 cp/j x 6 mo



8°/ Lysanxia cp:

1273,40

1/j x 4 sem

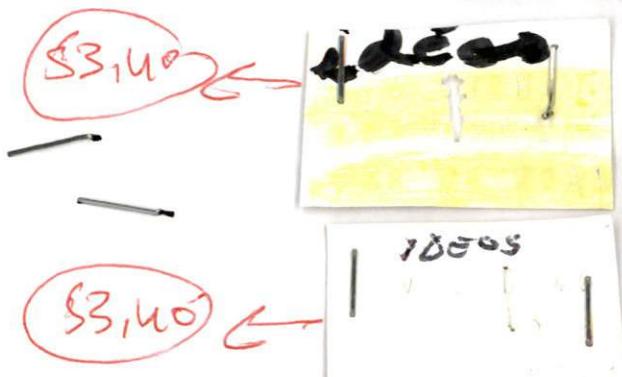


DATE:	04/06/2020
N° ORDONNANCIER:	1587
Pharmacie Argane Nezha El Aoud	

DATE:	01/07/2020
N° ORDONNANCIER:	184
(PS)	
Pharmacie Argane Nezha El Aoud	



Actyl D  
PVC : 86,00 DH



28,80 ←



23,10