

## 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

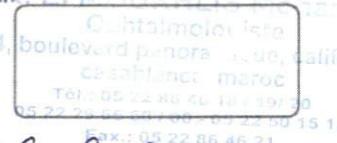
- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

Nº W19-540325

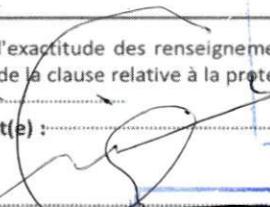
ND 37844

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	3397	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	DEBBAGH Nohouane
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661137692	Total des frais engagés :	241,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	16/06/2020		
Nom et prénom du malade :	Hyej Andaloussi Aicha Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affectation circulaire		
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 : Casablanca Le : 19 AOUT 2020

Signature de l'adhérent(e) :

 MUPRAS

19 AOUT 2020

ACCUEIL 19 AOUT 2020

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
14/07/2002	(S)		20000	<p>INF : 090063474</p>  <p>Levalle, California, Tol. 05 22 86 46 21 29 06 60 / 00 - 05 22 50 15 Fax.: 05 22 86 46 21</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/20	4100
		092058908

**VIOLET 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100px;" type="text"/>																			
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>																			
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																						
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552			00000000	00000000			D	00000000			B	35533411			G	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H	25533412	21433552																				
			00000000	00000000																			
			D	00000000																			
			B	35533411																			
			G	11433553																			
	(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

**ORDONNANCE**

Casablanca le .....

Mme M'SIEG - ANDALoussi Aicha.

41100



1) Gel Farme.

1 app. le soir 07/06

= 41100



DR. EL MOUKHLIS M.  
Optalmologiste  
544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc

Tel.: +212 522 86 60 / 00 - 05 22 39 15 15  
+212 522 86 46 21