

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 AID et AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 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 à caractère personnel.



## Declaration de Maladie

Nº W19-563100

37587

## Optique

□ A

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>057 39</u>	Société : <u>RAD</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>Elouahoud</u>		
Date de naissance : <u>15/01/1957</u>		
Adresse : <u>7 Allée des Neffliers Firdaous</u>		
Tél. <u>66610986 27</u> Total des frais engagés : <u>76,00</u>		

Cadre réservé au Médecin	
<p>Cachet du médecin :</p> 	
<p>Date de consultation : .....</p>	
<p>Nom et prénom du malade : .....</p>	
<p>Age: .....</p>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
<p>Nature de la maladie : .....</p>	
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....</p>	
<p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.</p>	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Coop  Le : 28/01/2020

"adhérent(e) : Amélie

RECEIVED  
FEB 19 1988  
FBI - BOSTON

## 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 : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES CITRONNIERS DE ELOUATTASSI RABAB Bis Avenue des Citronniers Ain Sebaa Casablanca Tél.: 05 22 34 46 70	25/08/2020	76,00

## **ANALYSES - RADIographies**

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 canalaire, ainsi que le bilan d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX						
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS						
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION						
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION						
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	B									
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS						
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS						
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# Pharmacie Des Citronniers - Casablanca

EL OUATTASSI RABAB

0522344670

29 bis allee des citronniers ain sebaa, casablanca



Facture N° 20200825-395

Date de vente : 25/08/2020

Médecin traitant :

EL OURAOUI Mohamed

CASABLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
BIDONTOGYL CO 1.5MI/250MG B15 COMP	1	76,00	TVA (7.00%)	76,00
				
			Total HT	71,03 DHS
			TVA	4,97 DHS
			<b>Total</b>	<b>76,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-seize DHS

PHARMACIE DES CITRONNIERS  
Dr. ELOUATTASSI RABAB  
29, Bis Allee des Citronniers  
Ain Sebaa - Casablanca  
Tél.: 05 22 34 46 70