

## 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.

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **293**      Société : **RAN RETRAITE ALLAL**

Actif       Pensionné(e)

Nom & Prénom : **ANZI ALI**

Date de naissance : **10/12/1932**

Adresse : **N° 56 Rue HASSR ELLIE HAG AKKAHA**

Tél. : **135417**      Total des frais engagés : **135417**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **ACCUEIL**



Date de consultation : **10/12/2022**

Nom et prénom du malade : **ANZI MTA**

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint

Nature de la maladie : **Alzheimer**

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 : **casa**      Le : **01/10/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **W.A.S**



## **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
10/09/2011	SECO	300 Dh		INP : 0109009 GSM 0667539006 Case 1405 ZABAD N°17, Bld CMC 2A CMDL06GUL Dr. Mohammad NICKI

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AHMED ALI</b> <u>Dr. A. EL SARLAU</u> <u>Sidi Maârouf - JOUAIDI</u> <u>Tél./Fax : 05 22 97 32 16</u> <u>GSM : 06 61 60 54 68</u>	01/10/88	1054,10

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 : [ ]																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																			
				MONTANTS DES SOINS [ ]																			
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																			
				FIN D'EXECUTION [ ]																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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 colspan="2">-----</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>I</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	-----		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	I		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
-----																							
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
I																							
B																							
				MONTANTS DES SOINS [ ]																			
				DATE DU DEVIS [ ]																			
				DATE DE L'EXECUTION [ ]																			

ECG

NOM:aziz mbarka

ID :

Sexe :

Age :

Date :1-10-2022

25.0mm/s 5.0mm/mv

62  
95761  
96960  
99762  
96262  
96762  
96361  
97062  
96260  
989

DI

DII

DIII

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



PPV:114DH30  
PER:12/24  
LOT:K3476

PPV:114DH30  
PER:12/24  
LOT:K3476

PPV:114DH30  
PER:07/25  
LOT:L2452

PPV:114DH30  
PER:07/25  
LOT:L2452

\* VIGNETTE

V140977/01

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

V140977/01

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

V140977/01

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

V140977/01

**NEBILET® 5mg** ■  
28 comprimés O  
PPV 87DH50