

# 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>4180</u>	Société : <u>137075</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>KH.NATI</u> <u>Tauria</u>		
Date de naissance : <u>19.54</u>		
Adresse : <u>Résidence FBNSINA FMM RA/3 APP 49</u> <u>Extention Dakhla</u> <u>NEADIR</u>		
Tél. : <u>06 60 598 528</u> Total des frais engagés : <u>152,50</u>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint
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 médicinal conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnel  
Fait à : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) :

<p><b>VOLET ADHERENT</b></p> <p>Déclaration de maladie N° W21-767167</p> <p>Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p> <p>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</p>	<p>Matricule : .....</p> <p>Nom de l'adhérent(e) : .....</p> <p>Total des frais engagés : .....</p> <p>Date de dépôt : .....</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### **RELEVÉ 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"/>

## CUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FAU Dr. HASSAN FATHI 1042, EX. 28 23 83 83 Tél : 05 28 23 83 83 INPE : 042028068	22/11/2022	152.50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de

**Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ains

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

**Sectionnel Thérapeutique nécessaire à la profession**

The diagram illustrates the H-D-H system, specifically the H<sub>12</sub>D<sub>12</sub>H<sub>12</sub> structure. It shows a hexagonal close-packed plane of atoms. The top row consists of 12 hydrogen atoms (H) arranged in a hexagonal pattern. Below this is a layer of deuterium atoms (D), also in a hexagonal arrangement. The bottom row consists of another layer of hydrogen atoms (H). The atoms are represented by small circles, and the overall structure is a hexagonal prism.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

Facture N° 20221022-136

Date de vente : 22/10/2022  
Médecin traitant :

KHNATI TOURIA

AGADIR  
Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
FEBREX ST ADULTE SANS SUCRE B8 SACHETS	1	20,00	TVA (7.00%)	20,00
IMODIUM CO 2MG B20 GELULES	1	30,50	TVA (7.00%)	30,50
ALER Z CO 10MG B28 COMP	1	82,60	TVA (7.00%)	82,60
MUCOCIL SI ADULTE 125ML PM SIROP	1	19,40	TVA (7.00%)	19,40

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél.   
P.P.V : 30DH50  
  
6 118000 010845

Total HT	142,52 DHS
TVA	9,98 DHS
<b>Total</b>	<b>152,50 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cent cinquante-deux DHS et cinquante centimes

PHARMED  
LOT : 1075  
UT.AV : 04-23  
PPV : 20DH00

LOT : 211585  
EXP : 11/2024  
PPV : 82,60DH

PHARMACIE FAICEL  
Dr. HAKIM MEHDI  
10420 AGADIR  
Tél : 05 22 43 83 83  
INPE : 042028068

MUCOCIL®   
Carbocisteïne 5%  
Sirop adulte - Flacon de 125 ml  
P.P.V. : 19,40 DH  
  
6 118000 190608