

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSÉMENTS 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.

N° W21-777717

146159

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 5221 Société : R A P

**Actif**  **Pensionné(e)**  **Autre**

Nom & Prénom : K R A E I S A I D

Date de naissance : 13 09 1959

Adresse : 5, rue el Moudawid Hay Tamek, Fes

Tél. : 06 14 31 75 90 Total des frais engagés : 11,49 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



23 JAN. 2023

Date de consultation : 07 01 2023

Nom et prénom du malade : K A T I Y O U N E S Age: 22

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

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 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 : Le 07/01/2023

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
07/01/2023	-	24	63	INP 08/06/2023 MEDEX ABUSIN en chef CSU VALIDATE SIGN

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>11/01/2023</i> <i>Le ImmoStar FDS 02 00000 60 47 12</i> 	<i>7/1/2023</i>	<i>164,62</i>

## **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 de l'ODF.

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											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX											
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D ————— G															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
			<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
DELEGATION PROVINCIALE D'EL HAJEB



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
والحماية الاجتماعية  
المندوبيية الإقليمية للحاجب

Formation sanitaire :

Date : 07/07/2023  
Nom et Prénom : Kholi. (Kholi)

ORDONNANCE MEDICALE

99.000  
- li xif 97  
M S  
22.72 x 2  
- li vain cue  
M S  
Attabi  
Dr. MSSADEK ABBERRAHMANE  
Medecin Chef CSUZ  
AIN TAOUJDATE  
Meccin De Sport  
Lot. Attabi Bloc 11 N° 12  
Rte Imzemmert 10 95000 40 47 12  
PHARMACIE IFRANE  
Dr. M. AMRRAH

Cachet et Signature :

Lot/À consi  
de préférén

X1003 0224 MA

LOT  
Prix

PER

89.50



3 700221 339503

ياسمين الحلو فيلاي صيدلي مسؤول  
مختبرات الصيدلة فارما ٥

ياسمين الحلو فيلاي صيدلي مسؤول  
مختبرات الصيدلة فارما ٥

٢٢٧٠

٢٢٧٠