

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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° W21-778877

AK1599

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <b>04586</b>			
Société : <b>R.A.M.</b>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : <b>RAHMOUNI HASSANE</b>			
Date de naissance : <b>01 - 07 - 1966</b>			
Adresse : <b>Bloc 9 N°12 DEROUA</b>			
Tél. : <b>0664299673</b> Total des frais engagés : <b>60,60</b> Dhs			

**Autorisation CNDP N°: A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <b>02 MAR. 2023</b>	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : **DEROUA** Signature de l'adhérent(e) : **CH. RD**

Le : **22 10 21 23**

### 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
INPE Pharmacie PRINCIPALE DEROUA Sarcelles 75117 Paris Btec 05 22 53 20 83	15/01/2013	60,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

### 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"/>
.....	.....	.....	.....	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	00000000	00000000

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

(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**



# الصيدلية الرئيسية PHARMACIE PRINCIPALE

Deroua, le 13 juillet 2023

EL BOURY Benslimane Laïla

## FACTURE

## Docteur Pharmacien

Nº 0002573

Mr. RAHMOUNI - FATIMA & ZAHRAA

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX	TOTAL
01	Vitamin D Bone	10.90	
01	Fucidine gel	39.70	
			60.60
<p>Pharmacie PRINCIPALE DEROUA 52000 BLOUZIFI Daroua Tél : 05 22 53 20 83</p>			
<p>Libre II - List II - II</p>			
<p>زنقة ZENITH Pharma AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR</p>			
<p>6 116001272228</p>			
<p>PPV: 20,90 DH</p>			
<p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 33.70</p>			

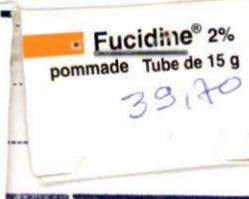
Liste II - List II - II لائحة

**ZENITH Pharma**  
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV: 20,90 DH



**DEROUA - Tél. : 33.90.97 et 33.90.83**

Patente : 55801770 - R.C. : 2760 - C.N.S.S. : 2244979