

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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 : 1461 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR. IMANE Ahmed

Date de naissance : 01.01.51

Adresse : 118 N°5 Rue Sidi D.LWAHDA lot Reglage Berrechid

Tél. : 066.105.2142 Total des frais engagés : 1589,30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16 MAR. 2023

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 : Berrechid Le : 16.03.23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## **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                                 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/02/93        | CD + ECO          | 1250,00               |                                 | Dr. K... Cardiologue Bureau 11 Bd Malesherbes 75008 Paris<br>tél: 01 42 32 83 03 / 05 22 32 83 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 24.02.23 | 1339,30               |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

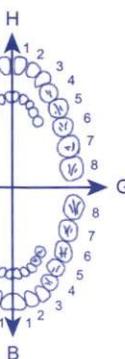
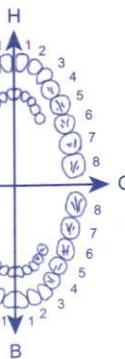
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

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 |                         |
|---|---|--|-------------|-------------------------|
|   |   |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|    |   |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |   |  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|   |   |  |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |  |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |   |  |             | DATE DU DEVIS           |
|   |   |  |             | DATE DE L'EXECUTION     |



**Dr. IMANE**  
Sté Pharmacie le Grand  
Lot 345 Lot Nasrallah  
Tél: 05 22 03  
INPE: 062165056

## Ordonnance

208,00

**Mr. IMANE AHMED**

### REGIME PAUVRE EN SEL

Convenance/5MG

1 Cp/J matin à jeun

208,00 x 4

**KARDEGIC 160MG**

1 Sachet/J à midi

35,70 x 4

**SECTRAL 200 MG**

1/2 Cp/J à midi

37,10 x 1

**ZYLORIC 100MG**

1 Cp/J le soir

46,70 x 1

**OEDES 20MG**

1 Cp/J le soir

140,00 x 2

Traitement pendant : 3 Mois

1339,30

Berrechid, le ..

Berrechid le : 24 février 2023

208,00

208,00

208,00

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

PER.05-2024

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

PER..06 2024

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

PER..06 2024

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

PER..09 2024

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

SECTRAL 200 MG

CP PEL B20

P.P.V : 37DH80

6 118000 060154

LOT 223156

EXP 09 2026

PPV 46.70 DH

LOT 22E009

PER. 02 2024

P.P.V : 37DH80

6 118000 060154

LOT 22E014

PER..09 2024

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 211541  
PER : 05-2024  
PPV : 140,00DH

LOT : 211542  
PER : 05-2024  
PPV : 140,00DH