

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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

Matricule : 4976

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAFID

Abdellah

Date de naissance : 10 Juin 1964

Adresse : El outafa - casa

Tél. : 06 64 16 24 59 Total des frais engagés : 78,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age :

Lien de parenté :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : J. Z.

Le : 28/03/2023

## 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 Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
HARMACHE HAYEL WAM 20 OUED SEBOU ANCA Tel: 05 22 29 17 31 0032220070070	2004 Mai 2003	78,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses nu de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OPP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
0	0
00000000	00000000
35533411	11433553

### [C-creation, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapie cognitive nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Pharmacie Hay El Wiam

Safiya.l mokrie El idrissi

0522911731

252 Bd H OUED SEBOU OULFA , CASABLANCA



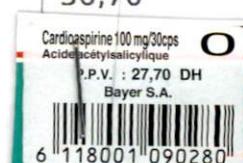
Facture N° FAC-151830

Date : 01/03/2023

HAFID ABDALLAH

HAY EL WIAM  
CASABLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	1	27,70	1	27,70
CARDENSIEL CO 2.5MG B30 COMP	1	50,70	1	50,70



Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	0	0

Total HT	78,40 DHS
TVA	0 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	78,40 DHS
<b>Total</b>	<b>78,40 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-dix-huit DHS et quarante centimes

صيدلية حي الوناس  
PHARMACIE HAY EL WIAM  
252 Bd H OUED SEBOU OULFA  
CASABLANCA Tel: 05 22 91 17 31  
INDE: 0922220010