

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0058717

155343

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3413

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GHACUTA ABDELLOUHAAB

Date de naissance : 01-01-1958

Adresse : Col. Jemil EL WAFI

Tél. : M. H. 97. DE ROUA Total des frais engagés : 68,20 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : DE ROUA Le : 01/03/2023

Adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

**LA PHARMACIE REGIONALE**  
**Dr. Saad BENJELLOUN**  
 Imm. 94, lot NAIT N°4-DEROUA  
 Tél: 05 22 51 47 07

03.93

68,20

NPE : 06 20 74 810

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM    PC    IM    IV

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nature des Soins | Coefficient |                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                                                                                                                                                                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

## FACTURE

Pour Mr : .....

Facture N° : 138010

Date : 21.03.2023

| Art | Désignation     | Quantité | Prix<br>Unitaire | Montant |
|-----|-----------------|----------|------------------|---------|
| 1   | Exomuc Sachets  | 1        | 39.90            | 39.90   |
| 2   | Rhinofebral cp  | 1        | 14.30            | 14.30   |
| 3   | Doliprane 1g cp | 1        | 14.00            | 14.00   |

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA  
Tél: 05 22 51 47 07

INPE : 06 20 74 810

PPV:14DH00  
PER:01/26  
LOT:M256



LOT : 221404  
EXP : 12/2025  
PPV : 14,30DH

UTAV: : LOT N° : PPV (DH) :

LOT : 22012  
EXP : 01/24  
PPV : 39DH90  
39,90

|             |       |
|-------------|-------|
| Montant     | 68,20 |
| T.V.A       | 11    |
| TOTAL T.T.C |       |

Arrête la présente facture à la somme de :