

# 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
- 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.

M22- 0035559

163077

Autres

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2938 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : RÉTIRASITE

Nom & Prénom : AMR AINI

Date de naissance : 15/04/1955 CASABLANCA

Adresse : AAY EL ALIA EL OULEFA Rue 6 N° 89 CASABLANCA

Tél. 0664662273 Total des frais engagés : 499,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/05/23

Nom et prénom du malade : Mohamed A. 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 : 31/05/2023

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 : CASABLANCA Le : 05/05/23

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
20/05/2017	1	1	10000	DR. GOURGÉ

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE QUED TANSIFT Alia 1, RIC 1 N°84 BIS El Oued Téle 06 22 93 43 34	30/01/23	1199,00

## 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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

le

2/07/11

Mr/Mme

Ameliee n°

47.4004

2- Glucosur 200 mg/l  
x 24



78.7002

6- Diurine 60 g  
L2



20.00

21.00

3- Glucosur 5 g  
x 24



49.00

6- Diurine 15 g  
L2



22.00

5- Chlore 5 g

40.00

6- Eau 10 g

3h



Cachet du médecin



1199.00

SHARMED | LOT : 1234  
UT\_AV: 01-26  
PPV: 200ml

PHARMED | LOT : 3410  
UT.AV: 04-26  
PPV: 21DH00

اتا دين  
اد للحسد  
LOT : 5386  
PER : 12 - 25  
P.P.V : 22 DH 00

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

LOT N°:  
UT. AV:  
PPV (DH)

NO (ex)

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

LOT:230304  
DLUD:03/2026  
49,00DH

Deva

125 ml

78,30