

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8486

Société : RAM 163947

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ETI'GI MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1960

Adresse : Avenue de mazare

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

كتورة هاطمة أصواب  
الخصائية هي الصيدلانية والعلفاري  
شارع أم التربيع الفرجوس العمارنة 30  
أرقام 2 و 3 الصيدلاني

Date de consultation : 21/03/2023

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Etat psychopatologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous ce confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

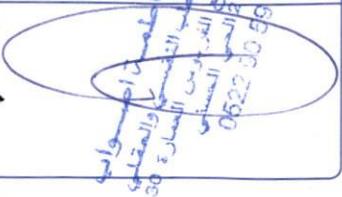
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 02 JUIN 2023 Le : .....

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
21/03/23	3	350	350	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/03/23	444.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

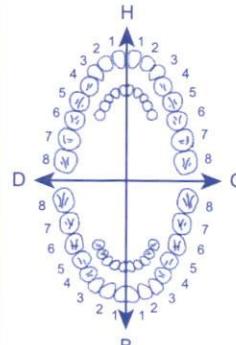
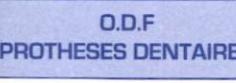
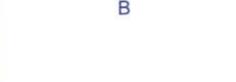
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 
				MONTANTS DES SOINS 
				DEBUT D'EXECUTION 
				FIN D'EXECUTION 
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 
				MONTANTS DES SOINS 
				DATE DU DEVIS 
				DATE DE L'EXECUTION 

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR FATIMA ASOUAB  
R.N. SPÉIALISTE EN PSYCHIATRIE  
& PSYCHOTHÉRAPIE  
SPÉIALISTE EN SANTÉ PUBLIQUE ET ADDICTOLOGIE



دكتورة فاطمة أصواب  
أخصائية في الطب النفسي والعقلي  
أخصائية في الصحة العمومية و طب الإدمان

Casablanca, le : 21/03/2023

## Ordonnance

1<sup>er</sup> RouBout NAIJA

83,70x4

1) Dexaméth S.V.

39,80 Aciphex

2) Leroxyl gtt S.V.

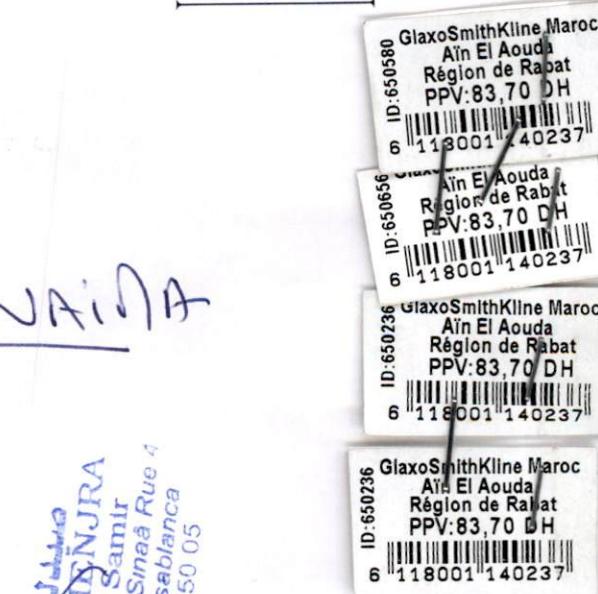
34,70x2 03gtt - 05gtt - 05gtt

3) Zepam 6 S.V.

$\frac{1}{4}$  - 6  $\frac{1}{2}$

RDV Le : 21/03/2023

Bd. Oum Rabii Lot. AL Firdaous Imm N° 30 Appt 2  
El ouffa - Casablanca - TEL. : 05 22 90 59 70  
INPE : 091184226



Pharmacie M. N. J. R. A.  
Dr. M. M. N. J. R. A.  
16, Avenue Bd. Ibnou Sinaa Rue 4  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22 89 50 05

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 118001 140237

PPV: 34DH70  
PER: 21/26  
LOT: L3863  
PPV: 34DH70  
PER: 11/25  
LOT: L3863

شارع أم الربيع تجزئة الفرقان عمارة 30 رقم 2  
الإفادة للأدوية - الهاتف: 05 22 90 59 70  
ICE : 001922358000064