

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-786474

(164 539)

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

6025

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Société : RPV

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Taoufiq Benchaâa

Date de naissance : 15/12/1961

Adresse : propriétée El Manzah Km21 chellalate

Nehmoune Edina

Tél. : 06 61 19 86 97 Total des frais engagés : 2466,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

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 :

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
.....	.....	.....	.....	INP : .....   .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/05/83	166.20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

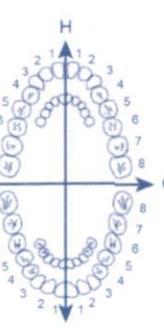
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]															
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>H</b></td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td><b>B</b></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			<b>H</b>	25533412	21433552		00000000	00000000	<b>D</b>	00000000	00000000		35533411	11433553	<b>B</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]
<b>H</b>	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
<b>D</b>	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
<b>B</b>																			
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]															
				<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

6 118001 020539  
13916DPI2NARO P.P.V.:127,70DH

Bte de 30

8mg Cpf 60

ATACAND

SYNTHEMEDIC

6 118001 020539  
13916DPI2NARO P.P.V.:127,70DH

Bte de 30

8mg Cpf 60

ATACAND

SYNTHEMEDIC

6 118001 020539  
13916DPI2NARO P.P.V.:127,70DH

Bte de 30

8mg Cpf 60

ATACAND

SYNTHEMEDIC

6 118001 020539  
13916DPI2NARO P.P.V.:127,70DH

Bte de 30

8mg Cpf 60

ATACAND

SYNTHEMEDIC

6 118001 090280  


Bayer S.A.

p.p.v. : 27,70 DH

Acide acétyl salicylique

Cardioprotecte 100 mg/30cpr

6 118001 090280  


Bayer S.A.

p.p.v. : 27,70 DH

Acide acétyl salicylique

Cardioprotecte 100 mg/30cpr



# PHARMACIE LINAYA

Immeuble E, Hay Ennasr N°2 MOHAMMEDIA.

TEL : 0523283858

Facture N° : 1620

Mohammedia : 30/05/2023

Client : Tom Branch

Pharmacie Linaya  
Dr, Amina Lebbane  
Cite Ennasr Imm 75 El Alia  
Mohammedia  
TEL : 05 23 28 38 58 / 06 07

PATENTE /39181311 CNSS : 8602543 RC :14708 IF :40214263 INPE :092063114