

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-690978

166035



Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6622 Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre

Nom & Prénom : Ghali Moussem

Date de naissance : 06/06/1967

Adresse : 8 Avenue Moussac Boudiaf

Tél. : 0661316396 Total des frais engagés : 42 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

21 JUIN 2023

Nom et prénom du malade :

Lui-même       Conjoint       Enfant

Lien de parenté :

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 : AL Le : 12-06-2023

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 : [REDACTED]

*Pharmacie de Picardie*

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		EXECUTION DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
Mme BENBRAHIM Alim 12, Rue Badr Assayad - Quartier Gauthier Casablanca - Maroc		Mme BENBRAHIM Alim Rue Badr Assayad - Quartier Gauthier Casablanca - Maroc		61,70
12/06/23				

*Pharmacie de Picardie*

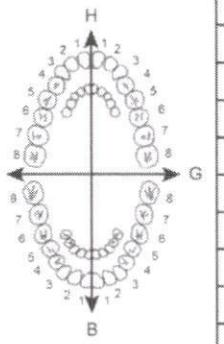
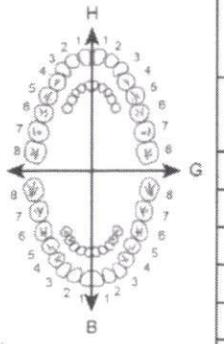
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

*Pharmacie de Picardie*

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

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>  <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	G									
25533412	21433552									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>								

**Facture N° 20230612-737**

Date de vente : 12/06/2023  
Médecin traitant :

**Mme EZZAKI MINA**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	S.V	Total
ADO CO 850MG B30 COMP	1	19,00	Exonéré (0.00%)		19,00
BAYCUTENE CR 15G CREME	1	22,70	TVA (7.00%)		22,70

Total HT	40,21 DHS
TVA	1,49 DHS
<b>Total</b>	<b>41,70 DHS</b>

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

Pharmacie de Picardie  
Mme. BENBRAHIM Alima  
12, Rue Badr Assayad - Quartier Gauthier  
Casablanca  
Tél : 05 22 26 79 23

# Baycutène® N

Anti-eczémateux

15 g de crème

Bayer

Usage externe



Baycutène® N

LOT :  
PER :  
PPV :

LOT : 7084  
UT. AV : 02-25  
P.P.V : 19 DH 00

156

①

058 07?