

# 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 médical, 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.

Nº M20- 0005741

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

*MUPRAS RECEPCTION 9*

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : ..... 1770 .....

Actif

Pensionné(e)

Société : ..... RET.RATIKA R.A.T.....

Nom & Prénom : ..... Boucrahi mohamed .....

Date de naissance : ..... 01/01/1949 .....

Adresse : ..... 107 EL MAFIAH 256 Derrout .....

Tél. : ..... 0665782590 .....

Total des frais engagés ..... 13000 Dhs + 854,60 Dhs .....

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... 17/08/2022 .....

Nom et prénom du malade : ..... BOUCRAHI mohamed .....

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Conjoint

Enfant

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 : ..... Derrout .....

Le : ..... 17/08/2022 .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chèques ou autres documents attestant le Paiement des Actes
17/08/2023	TCE	3000000.00	3000000.00	Docteur AYOLU Cardiologue 80, Rue Ibn Rochd - 105-34 Tel.: 022-32-65-34 Heure 30-15 Horaire

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>سلا ٢٠١٩/٧/٣١ PHARMACIE NOUR EL HAMANE D'EL BADIA QUARTIER Maison 2 N° 44 Détour Tél : 05 20 35 01 97</p>	17/08/23	854,60

#### **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	

RELEVE DES FRAIS ET MATERIAUX

Le praticien est **prisé** 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 <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		D 00000000	B 35533411	G 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين وارتفاع الضغط  
والدورة الدموية - الفحص بالصدري والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires  
Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

14/08/2013

BOUGRINE R

$$98,10 \times 6 = 588,60$$

copyel GFR (02)

$$\begin{array}{r} 266,00 \\ - 122,50 \\ \hline 143,50 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 143,50 \\ - 588,60 \\ \hline 854,60 \end{array}$$

Sur Rendez-vous

HORAIRE : 8h00 - 14h00

VENDREDI : 8h00 - 12h00

زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 05 22 32 65 84  
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tel : 05 22 32 65 84

المستعجلات : 06 72 12 00 82

14011057



6 118001 130269  
COSYREL 5mg/5mg-○  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca



14011040



6 118001 130054  
AMM n° : 565/17 DMP/21/NRQ  
CORALAN 7,5 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 266,00 DH  
Servier Maroc - Casablanca



14011057



6 118001 130269  
COSYREL 5mg/5mg-○  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

14011057



6 118001 130269  
COSYREL 5mg/5mg-○  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca



14011057



6 118001 130269  
COSYREL 5mg/5mg-○  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca



6 118001 130269  
COSYREL 5mg/5mg-○  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca



14011057



6 118001 130269  
COSYREL 5mg/5mg-○  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

