

# 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.

M23-005718

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5314 Société : RAM (174309)

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OUAD Abderrahim

Date de naissance : 01-5-1953

Adresse : Lot WAFIA H98 DEROUA

Province : Province Berchid

Tél. : 0662652833 Total des frais engagés : 1183,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MLD

C. NINIA

MUPRAS

07 SEP. 2023

YACINE FOUPA

Age : 68

Conjoint

Enfant

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : 28/08/2023

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Fix : 05.22.33.20.54</b> <b>DETROU</b> <b>DETACHEMENT DE MATERIA</b> <b>EL QUIMOURA</b>	25-8-25	1183.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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'ODE.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

M... y aqine Fouzia

INPE:062095070

PHARMACIE EL OUMOURA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua

Le 25-8-23

Fix : 05.22.53.20.54

Facture N°

05

Quantité	Désignation	Prix	Montant
	Lantus 1f Alidra 1f	744 Dhs 439 Dhs	744 Dhs 439 Dhs

PHARMACIE EL OUMOURA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua  
Fix : 05.22.53.20.54

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaa 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 744DH00



6118001 081639

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1-  
Ain Sebaa 20250 Casablanca  
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 439DH00



6118001 081639

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : OUAD Abderrahim

Matricule : 5314 N° CIN : B 142 486

Adresse : LOT WAFA 498 DEROUA

Bénéficiaire de soins : Adhérent  Conjoint  Enfant

Dr. Hamza JAMI  
Médecin Généraliste  
1er étage, Lot. ALWAHDA

Je soussigne : Dr. Hamza JAMI  
Deroua - Tél : 0522 036 000 Spécialité : Médecin général

N° ICE : N° INPE : INPE: 061253688

Certifie que M<sup>me</sup>, Mme, M. : Fouzia ya que

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Vision trouble, poly polydipsie abd: 2,22  
Athme. Hb: 11,2

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : Amelior Therapie  
Contus Solo Star + Apidro Solo Star.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Deroua le 24/05/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Hamza JAMI  
Médecin Généraliste  
1er étage, Lot. ALWAHDA  
Tél : 0522 036 000

\*Cette déclaration est valable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées