

# 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 : <u>00421</u>	Société : <u>175968</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>Mme Bouzidi Fatma</u>	
Date de naissance : <u>01/01/1960</u>	
Adresse : <u>Yasmine Ben Youssef 1 Aïn Chok Casablanca</u>	
Tél. : <u>05 22 82 23 17</u>	Total des frais engagés : <u>500</u> Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  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 : ..... / ..... / .....

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
Pharmacie LA FRANCHE MONTAGNE 18, Bd. Amgala Ain Chock Al Ifra BP 54 - 052217182 - Casablanca	20/9/23	895,80

### 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# PHARMACIE AL OSRA

LAHRICHI Abdellatif



صيدلية الأسرة

لحرishi عبد اللطيف

54-52 شارع امكالة حي ياسمينة 1  
لانارة - عين الشق - البيضاء  
الهاتف : 21.71.92

52-54, Bd. Amgala Hay Yasmina 1

Al Inara - Ain Chok - Casablanca

Tél. : 21.71.92

Pharmacie AL OSRA

LAHRICHI Abdellatif

52-54, Bd. Amgala Ain Chok Al Inara

Tél. : 06 22 21 71 92 - Casablanca

FACTURE

N° 002485

Casablanca le 20/9/23

Mme Bouazizi FATNA

Quantité	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
5	Difformine 1g	21,00	105,00
5	Orlémav 1g	68,80	344,00
13	Novoritac	116,00	348,00
1	Stimol AB	46,00	46,00
1	Oed 20/14	52,80	52,80
	A retenir la presale facture à la somme de huit cent quarantevingt cinq Dirhams		
	et 80		
	Pharmacie AL OSRA LAHRICHI Abdellatif 52-54, Bd. Amgala Ain Chok Al Inara Tél. 06 22 21 71 92 - Casablanca		
			895,80

Patente : 34016895 - Compte Bancaire : 7987639 - C. I. H. Agence Médiouna - Casablanca

PPV 21DH00  
PER 05/26  
LOT M1511

PPV 21DH00  
PER 05/26  
LOT M1503

PPV 21DH00  
PER 05/26  
LOT M1511

PPV 21DH00  
PER 05/26  
LOT M1511

PPV 21DH00  
PER 12/26  
LOT L4218

PPV 68DH00  
PER 04/26  
LOT M1324

PPV 68DH00  
PER 01/25  
LOT M199

PPV 68DH00  
PER 04/26  
LOT M1324

PPV 68DH00  
PER 01/25  
LOT M199

PPV 68DH00  
PER 01/25  
LOT M199

LOT : 2251  
PER : 11/24  
PPV : 116,00 DH

LOT : 2252  
PER : 05/25  
PPV : 116,00 DH

LOT : 2251  
PER : 11/24  
PPV : 116,00 DH

LOT 211482  
EXP 04/2024  
PPV 52.800H

LOT: 0443  
PER: 04 2026  
PPV: 46.00DH