

# 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 | adhésion@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° W21-727717

Play *l'homme*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2074	Société : Royal Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	183090
Nom & Prénom : BÉNAMAR M HAMMED			
Date de naissance : 15/10/1953			
Adresse : Hay EL M'hamed Lot EL Ouahda Rue Khalid Ibn EL Qaïd N° 15			
Tél. :	Total des frais engagés : 295,70 Dhs		
Docteur B. BELLA			
Médecin généraliste 19, Bd El Fassi - Casablanca Tél. 05 22 20 45 45			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07 OCT 2023			
Nom et prénom du malade : Rue Abdelmoumen Rachid			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Rue Abdelmoumen Rachid			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : Oujda			
Signature de l'adhérent(e) :			

*Signature*

Le : 09/10/2023

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
OCT 2023	CA	1	150 DH	<p>INP : 081019101</p> <p>Docteur B. ZELLA Médecin Général 19, Bd. El Fekouaki - OUJDA Tél. 05 36 68 45 05</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
07 OCT 2023	145,70	<p>PHARMACIE - Azeddine El Fekouaki - Docteur en Pharmacie Bd. El Fekouaki - OUJDA Tél. 05 36 68 60 44</p>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### ODF PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	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

# Docteur B. BELLA

Ancien Externe des Hôpitaux

## MEDECINE GENERALE

19, Bd El Fatouaki - Oujda

Tél: 05 36 68 45 05

الدكتور ب. بلا

خريج قديم في المستشفيات  
الطب العام

19، شارع الفتواكي وجدة  
الهاتف: 05 36 68 45 05

Oujda, le ..... 07/10/23 ..... وجدة، في .....  
Mme Abdellouahim Rechida

790,- Miniculatum a gouttes 2/7 V.f. S. V

347,- Skinesalie lotion a/1 des huiles essentielles  
a l'huile d'olive  
col/ce 750,- S. V

320,- clartee 100 ml 10% l'acide salicylique  
D'autre chose 100 ml 10% l'acide salicylique S. V

145,70

07 OCT 2023

صيغة بابستور

PHARMACIE PASTEUR

- Azeddine BAILI -  
Docteur en Pharmacie  
Bd. El Fatouaki - OUJDA  
Tél: 05 36 68 60 44



Médiicamenteux Anti-allergique

15 comprimés

10 mg

P.P.V : 32 DH 00  
PER : 04 - 26  
LOT : 3856

Clartec®

LOT 224052 1  
EXP 11 2024  
PPV 79.00 DH

uniquement sur ordonnance - Liste I

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

6 118000 021261

Auricularum  
3712

LOT : 4023  
PER : 05 - 26  
P.P.V : 34 DH 70

Skinosalic

Skinosalic Lotion  
Flacon de 30g

