

# 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.

M23- 0023496

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *6306* Société : *UN*

Actif  Pensionné(e)  Autre : *N*

Nom & Prénom : *Azoudi Thaïya*

Date de naissance : *10/01/1984*

Adresse : *...*

Tél. : *0664.70.84.33* Total des frais engagés : *57.50* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : *12 JAN 2024*

Nom et prénom du malade : *Massi Hi. Naima* Age : *30*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *...*

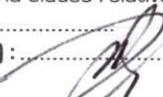
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : *...*

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
	03/01/2024	57,50

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Pharmacie EL RHAZI -Casablanca (NEW)

Driss Yezrour

0522890307

25\_26 GH18 RIAD OULFA, CASABLANCA



Facture N° 20240108-359

Date de vente : 08/01/2024

Médecin traitant :

Naima madihi

Maroc

## Produit

DICLO SU 100MG B10 SUPPO



Qté.

P.U

TVA

Total

NODOL FEN CO 400MG B30 COMP

1

27,50  
30,00

TVA (7.00%)  
TVA (7.00%)

27,50  
30,00

Total HT

53,74 DHS

TVA

3,76 DHS

Total

57,50 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-sept DHS et cinquante centimes



PER-02-2026  
LOT:23E001

NO-DOL FEN 400MG  
CP PELL 030  
P.P.V : 30DHUS  
6 118000 061878



Diclo Pharma 5° 100mg  
Boîte de 10 suppositoires

27.50

IF : 47807716 RC : 384186 ICE : 000465020000043

Tel : 0522890307 RIB : 3645000140

Adresse : 25\_26 GH18 RIAD OULFA, CASABLANCA