

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 soin 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 une fois par an.

## 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 :

8565

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

TASSET Khalid

Date de naissance :

23/11/1967

Adresse :

Tél. : 0668118828

Total des frais engagés :

4621 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

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

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie :



Enfant

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 : Casablanca

Le : 01/01/2024

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

**PHARMACIE PORTÉ D'ANFA SULAD**  
**Boulevard AMAR**  
**197, Bd. Bourguiba - Casablanca**  
**Tél. : 05 22 36 92 59 - RC : 47169**  
**IF : 37734689 - ICE : 00231269500011**  
**092048958**

### EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	3/02/2013	116,00

### ANALYSES ET RADIGRAPHIES

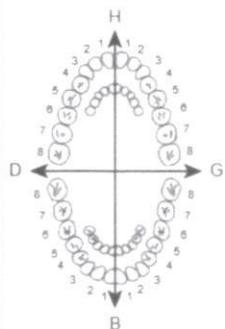
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation et Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

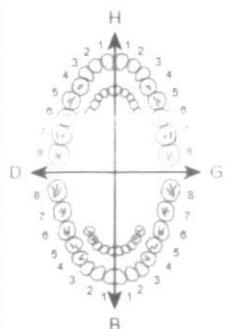
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires
--	------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXÉCUTION

FIN  
D'EXÉCUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXÉCUTION

**PORTE D'ANFA SRL AU**

**PHARMACIE PORTE D'ANFA**

197 BD Bourgogne

CASABLANC

ICE002312695000015

Patente: 35653328

**Digestine**

Résinate de métoclopramide

30 gélules



**Facture N°: 679 707**

Ref N°: 02/01/24/ 82

**Client:**

**Client Comptoir**

**TABET**

**PHARMACIE PORTE D'ANFA**  
197, Bd Bourgogne AMAR  
Tél.: 05 22 56 92 59 - RC : 447169  
IF : 37734689 - ICE : 002312695000015

Libellé Produit	Forme	Qte	Prix unitaire	Total PPM
DIGESTINE / 30 gelules	CO	1	46,00	46,00
<b>Total à Payer:</b>				46,00

La présente facture est arrêtée à la somme de:

### QUARANTE SIX DIRHAMS###

Le : 03-janvier-2024

**PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL**  
197, Bd Bourgogne AMAR  
Tél.: 05 22 56 92 59 - RC : 447169  
IF : 37734689 - ICE : 002312695000015