

## 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 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : <b>05488</b>	Société : <b>RAM</b>	<i>(Handwritten notes: BEN BOUHIA Mohamed, 30-05-1966, A. H., 06.61.61.81.88, 183,60 DH)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BEN BOUHIA Mohamed</b>			
Date de naissance : <b>30-05-1966</b>			
Adresse : <b>A. H.</b>			
Tél. : <b>06.61.61.81.88</b>		Total des frais engagés : <b>183,60 DH</b>	

Autorisation CNOP N° : AA-2015 / 2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	<i>MLD</i>
Date de consultation : _____/_____/_____		
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : _____		
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <b>01-03-2024</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>ACCUEIL</b>		
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 : **01/03/2024**

Signature de l'adhérent[e] : *[Signature]*

#### **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>PHARMACIE ACH-CHARAF</b> Dr. Bouchehra TAOUDI Coopérative Ach-Charaf N°DM2 Hay Inara Héddaaouia Casablanca Tél.: 05 22 21 64 09	17/02/24	783,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

NON ADHERENT

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

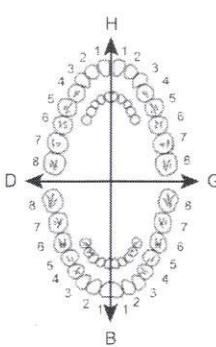
**Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- PHARMACIE ACHCHARAF -

blanca

HARAF

0522216409

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara  
Haddaouia

Vente N° 20240229-415

Date  
2024-02-17

Client  
JAMALEDDINE LAILA  
Adresse  
Maroc

Produit	Qté	P.U	Total
COVERAM CO 5MG/10MG B30 COMP	1	237.00	237.00
NOCOL CO 20MG B30 COMP	1	97.60	97.60
NODOL FEN CO 400MG B30 COMP	1	30.00	30.00
FORXIGA CO 10MG B28 COMP PELL	1	419.00	419.00
<b>Total</b>			<b>783.60 DHS</b>

PHARMACIE ACH-CHARAF  
Dr Bouchra TAOUDI  
Coopérative ACH-CHARAF N° DM2  
Hay Inara Haddaouia Casablanca  
Tél.: 05 22 21 64 09

Arrêté la présente facture à la somme de : Sept Cent Quatre-Vingt-Trois DHS et Soixante centimes

LOT : 23E003  
PER : 314 2026  
NO - DOL FEN 400MG  
CP PELL B30  
P.P.V : 30DH00  
Barcode  
6 118000 061878

237,00

97,60

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
Barcode  
6 118001 185023