

# 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 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 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 : 2924 Société : RDS

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAHYANE EL HADJ

Date de naissance : 27/01/48

Adresse : 03 lotissement Amane 4 Rue Soltani 2

Gidi mounen Bé Omar Ben KHATTAB PASA

Tél. 06 72 70 65 49 Total des frais engagés : 14,80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/01/2019

Nom et prénom du malade : LAHYANE EL HADJ Age: 79

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.

Le : 01/01/2019

## 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
HARPOON PHARMACEUTICALS INC. 1000 Leggat Street Vancouver, BC V6Z 1H2 Tél.: (604) 522-9210 Téléc.: (604) 522-9234 Réception	24/02/24	14,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		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.

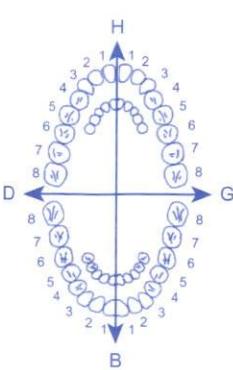
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
35533411	11433553

## (Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

PHARMACIE LA PORTE D ANASSI  
SAIDI BTISSAM  
ANASSI 1C M1BIS,25 AHL LOGHLAM SIDI  
EL BERNOUSSI

14,80  
PPV 14,80  
FER 12/25  
LOT 14231

24/02/2024

Tél : 0522768558

LAHYANE EL HADJ

FACTURE N° : 13150

du 24/02/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 500 MG BTE/16 CP EF	14,80	14,80	7%
Total TTC				14,80

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
QUATORZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	13,83	0,97	14,80
		13,83	0,97	14,80

PHARMACIE  
LA PORTE D'ANASSI  
1C M1, LA BLOK, Casablanca, Casablanca, 25 Aout 2014  
Accusé de réception en ligne  
INPE: 06222168558  
Tél: 06222168558  
de 07/23/2024 à 07/23/2024  
réception

CNSS : 7242390  
Compte : 21211 7271225 0007

I.C.E : 000500623000032  
Patente : 37157516

INPE:  
R.C : 351182

I.F : 37325820  
RIB :