

## 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 | : 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.

N° W19-456092

ND: 50890

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00683

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AOUAD

M'HAMED

Date de naissance : le 11-12-1943

Adresse : 26 Bd DE BORDEAUX APPT 4<sup>e</sup> 10 ETC 5  
CASABLANCA

Tél. : 05 22 26 89 80

Total des frais engagés : 622,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 10/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 Salma CHEIKH D'OURZANE Docteur en Pharmacie 139, Boulevard M. Youssef ANCA - Tel: 05 22 22 22 22	27/03/2020	622,80

## **ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 :**

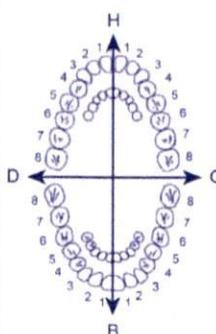
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AB About 2022

Bazar Bahia

220,00

220,00



1) Spezial 5 220,00

196,00

196,00



LOT: PA00015  
 PER: 10-2021  
 PPV: 196,00DH

2) Syringe 5 196,00

3) Abus 5 246 m

128,90

128,90

128,90

Bawal 5



78,00

78,00

78,00

5) Bahia



6) 20 Jan 5

622,80

Trip 5

15

Doktor Abdelhalim OTARID  
 Neuro-psychiatre  
 B.P. 1061 - Casablanca - Maroc  
 Tél. : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41  
 Fax : 0522 27.41.49

PHARMACIE MY YOUSSEF

SELMA CHERIF D'OUAZZANE

139 BD MOULAY YOUSSEF

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° CNSS : 6387733

N° ID.F. : 40100310

N° ICE 001597613000058

Tel : 022222725

Fax 022480768

BAZIB LAHILA

I.C.E. :

Le : 17/09/2020

FACTURE N°: 6949/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	BETASERC 24 MG BT / 30 CP	78,00	7	78,00
1	ISPERID 4 MG BT 30 CPS	220,00	7	220,00
1	PANEKAL 20 MG/30 CP	128,90	7	128,90
1	SYNNAX 100MG/30 CPS	196,00	7	196,00

TVA 7%: 40.75

Total : 622,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SIX CENT VINGT DEUX DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

PHARMACIE MY. YOUSSEF  
Selma CHERIF D'OUAZZANE  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard My. Youssef  
CASABLANCA - Tel : 05 22 22 27 25