

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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



Déclaration de Maladie  
Nº P19- 044584/2932

Maladie

Dentaire

Optique 63691  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2932

Société : RAM RETRAITE

Actif  Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AICHAMI MOHAMMED

Date de naissance : 15/04/1955

Adresse : 89 Rue 6 MAY EL ALIA 1 BLOUZER

..... ALAS A BLOUZER

Tél. : 0664.66.22.30 Total des frais engagés : 471,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/01/96

Nom et prénom du malade : AICHAMI MOHAMMED Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ALAD

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/03/2021

## RELEVÉ 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
09/03/16	a	a		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/03/21	421,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

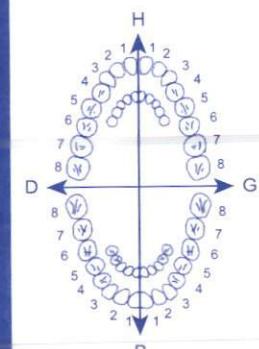
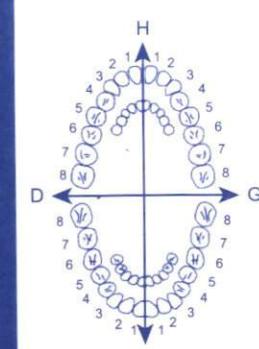
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
	<b>H</b> 25533412 21433552 00000000 00000000 <b>D</b> 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>G</b> <b>B</b>	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

25,10

48,00



Le: 09/03/23

21,70 x 3

Ameloxic 600mg

2 Ameloxic

48,00

Simvast

47,70

Buv. d'acide

79,70

Agri

re

68,80 x 2

49,40

25,10

6

47,70

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20

LOT : 20E006  
PER : 11/2021

P.P.V : 21DH70



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaï Casablanca  
Amarel 4 mg. cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaï Casablanca  
Amarel 4 mg. cp b 30

P.P.V : 68,80 DH



6118001 081325

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20

LOT : 20E006  
PER : 11/2021

P.P.V : 21DH70



ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20

LOT : 20E006  
PER : 11/2021

P.P.V : 21DH70



PPV 79,70  
PER 11/23  
LOT J3106



# bronchokod

sans sucre

Adultes

LOT:1129  
PER:07/22  
PPV:41,10DH