

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-624361

82347



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1316

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TOUIAH SOUHL

Date de naissance : 01/01/49

Adresse : 25 Fé Djouda BLOUZ 11 N 498

Tél. : 0661573563

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

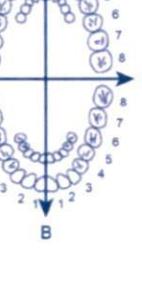
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/09/2021



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
				INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/07/24	54.0

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES								
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.								
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.								
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (empty table rows)	<b>Nature des Soins</b> (empty table rows)	<b>Coefficient</b> (empty table rows)	<b>INP :</b> <input type="text"/>				
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>				
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>				
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>				
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>				
					<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
					H 25533412 21433552 00000000 00000000			
					D 00000000 00000000 35533411 11433553			
					B			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession								
(empty table rows)								
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>								
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>								

# pharmacie hind

Facturé à Toufah Smail

516 bis bloc11 lot municipal hay hassani casablanca

Facture n°

Date

29/07/2024

Désignation

Montant HT

fluadren  
Rhindéfend

16

39,4

16

14,30

54,00

فوسيدين 2%  
مرهم أنبوب من 15g

39DH670

Casablanca  
N° 516 bis  
Lot 11  
Pharmacie HIND

LOT : 201445  
UT AVT : 10/2023  
PPV : 14,30DH

UTAVT :

LOT N° :

PPV (DH) :