

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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 : 2932 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMCHIAT Mohamed

Date de naissance : 15/04/1955 CASABLANCA

Adresse : 89 RUE 6 HAY EL ALIA 1 OUFEA ESSA

Tél. : 0664662230 Total des frais engagés : 117,50 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Amchiat Mohamed 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 : CASABLANCA Le : 01/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
22/09/14	C	11 - 1		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/09/23	413,86

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

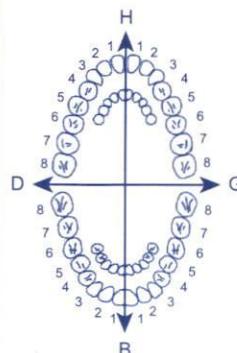
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

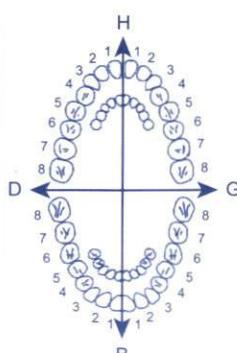
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000



### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

TRANSMISSION  
N° 1, Rue 27 N° 94 Blé  
Tel 05 22 53 43 84

Le 22/09/14

M<sup>me</sup> Amelie Houli  
SV

28,70 x 9.

1 Blue Pill 100 1-0-0

68,80 x 2

2 Amarel 4 mg 1x

21,70 x 2

1 Amarel 250 150 SV 150

49,40

1 Amarel 5 1x 1

14,50

15,20

61,00

6 - Regumine 1.1. - 1x 3

11,10

Dr. NADIA BOUAFI  
Médecin  
Délégation Féderale R/H/H  
Pôle Santé et Développement  
El Faur  
Centre de Santé  
Le Médecin-Chef  
Ministère de la Santé

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebâ Casablanca  
Amarel 4 mg cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH  
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebâ Casablanca  
Amarel 4 mg cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH  
6 118001 081325

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
LOT : 21E001  
PER : 09/2022  
P.P.V : 21DH70  
6 118000 061106

28,00

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
LOT : 21E002  
PER : 09/2022  
P.P.V : 21DH70  
6 118000 061106

28,00

**Vitamine C 1000 mg**

10 Comprimés effervescents.

28,00

Sans P.P.V

755.539.05.19

**Vita C 1000°**

PPV 150H30  
EXP 09/2023  
LOT 090316

LOT : 200620  
PER : 05/22  
PPV : 45,00DH

49,40