

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## diologie 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.

## otique :

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.

## ntaire :

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

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>7258</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>RHASSI EL ARBI</u>			
Date de naissance :			
Adresse : <u>LOT WHFA ANI N° 272 H DEROURA</u>			
Tél. : <u>0666916955</u>		Total des frais engagés : <u>2066,10</u> Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

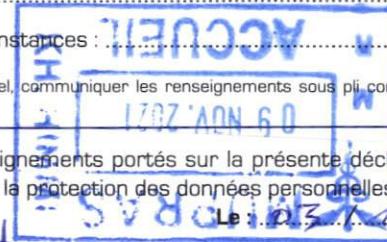
Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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 : DEROURA

Le 12/03/2011

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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
PHARMACIE EL OUIMOUNA 244 lotissement El wafaa Deroua Fix : 05.22.53.20.54 0620 45 070	3. 11. 21	2066,12

## **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 canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a human thorax with 12 pairs of ribs. The vertebrae are numbered 1 through 12 from top to bottom. Directional markers are present: 'D' (left) at the bottom left, 'G' (right) at the bottom right, 'H' (up) at the top center, and 'B' (down) at the bottom center. The ribs are labeled with their respective numbers, and the intercostal spaces between the ribs are also numbered.

### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

06.209.5070

PHARMACIE EL OUMOUMA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua  
Fix : 05.22.53.20.54

Le .3-11-21

Facture N° 91

M. RAISSI EL ARI

Quantité	désignation	Prix	Montant
3	Plavix 75 mg	316,00	948,00
3	Kardegic 75 mg	307,00	921,00
2	Deteniel 10	72,00	144,00
3	Cova 10/10	294,00	882,00
			2066,70

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257

PER : 12/2022  
LOT : 21E006  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

PER : 12/2022  
LOT : 21E006  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

PER : 12/2022  
LOT : 21E006  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

DÉTENIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
7862160236  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

7862160236  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma



valable 3 mois

Le 18/05/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance : (Cardiologue / Pédiatre / Dentiste / Opticien /...)  
(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. CHAACHOUT Nafaa  
Cardiologue Rythmologue  
314, Rue Mostapha El Mzabi  
Tél: 05 22 22 73 43  
Fax: 05 22 22 16 77