

# 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 046058

93431

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04827

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KARIMALLAH MOSTAFA

Date de naissance : 2/2/1957 à cara

Adresse : LOT EL WAFADEROUA-BERCHID

Tél : 0618682321

Total des frais engagés : 63,30 DRHMS Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: 2/2/57

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 : 05 Nov 2021

Le : 12/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL OUMOUW</p> <p>244 lotissement el wafaa</p> <p>Depoua</p> <p>Fix : 05.22.53.20.54</p>	<p>11-11-21</p>	<p>63330</p> <p>Fix : 05.22.53.20.54</p>

[illegible][illegible][illegible]

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 canalaire, 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

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span></span> <span>B</span> </div>	
---	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

PHARMACIE EL OUMOUMA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua  
Fix : 05.22.53.20.54

062091010

Le 11-MA-21

Facture N° 92

M. KARIMALLAH  
M. Ostafa

Quantité	désignation	Prix	Montant
	Aureomyces	9,30	
	Madexosol PH	20,00	
	otipura	20,20	
	TB	68,50	

PHARMACIE EL OUMOUMA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua  
Fix : 05.22.53.20.54

LOT 10,00  
PER 20,20  
PPV 10,00

LOT  
PER 24,00  
PPV

9,30

Lot. 3565  
Per.: 11 2023  
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH