

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-645844

10/2/2022



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 07739

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FADIL

Mohamed

Date de naissance : 14-10-1956

Adresse : Habib Bourguiba

Tél. : 060 447387

Total des frais engagés : 68,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : H. H. ACCUEIL

Date de consultation : 03 FEV 2022

Nom et prénom du malade : H. H. ACCUEIL

lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Achat libre

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 :

Le 31/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Carabellah

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>RENAUDERRAHMANE Salma</i>	31/01/22	48,50

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

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> (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	<b>Nature des Soins</b> (List of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	<b>Coefficient</b> (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	<b>INP :</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> 		<b>MONTANTS DES SOINS</b> 														
								<b>DEBUT D'EXECUTION</b> 												
										<b>FIN D'EXECUTION</b> 										
												<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> 								
														<b>MONTANTS DES SOINS</b> 						
																<b>DATE DU DEVIS</b> 				
																		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> 		
																				<b>O.D.F PROTHESES 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																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				

PHARMACIE SALMA  
SALMA  
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15  
CASABLANCA

Tél : 0522895772

31/01/2022

MR FADIL MOHAMED

M. de 07739

LOT : 210647  
EXP : 04/2024  
PPV : 14,30DH

UTAVI : LOT N° : PPI (DH) :

FACTURE N° : 2128 du 31/01/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1G EFFERV	14,60	14,60	7%
1	RHINO-FEBRAL GELULES	14,30	14,30	7%
1	PARANTAL C 1000 EFFERV	19,60	19,60	7%

Total TTC 48,50

PARANTAL C 1000

PPV 19DH60  
EXP 09/2024  
LOT 10046 4

PPV 14DH60  
PER 11/24  
LOT K3044

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
QUARANTE HUIT DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	45,33	3,17	48,50
		45,33	3,17	48,50

