

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## armacie :

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.

## optique :

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.

## ladie 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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 096 Société : RAM (04620)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOUTI FATIMA, BOUJELLAH

Date de naissance :

1938

Adresse : 16, Rue de Tanger (170) casablanca

Tél. : 05 22 20 45 45/6078 Total des frais engagés : 541,82 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie de,  
longue durée

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Boujelala Fatima Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Chondrocalanose ; tbc 1 an

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

Signature de l'adhérent(e) : Salma Boujelala

Le : 8/12/2022

## 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
  <p>SAÏD BOUZIANE A. OUKOUYE PHARMACIE A. OUKOUYE LAHLALA 1000 DAKAR Tél: 02 35 86 86 GSM: 96 86 86 86</p>	 <p>8/21/2022</p>	 <p>6146,80</p>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

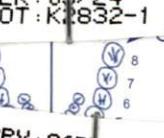
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### 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 de

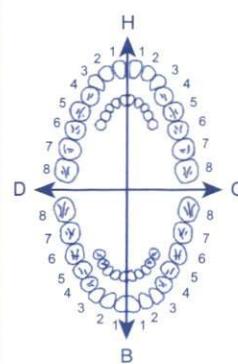
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<b>100DH40</b>			
			
PPV : 96DH00 PER : 09/24 LOT : K1832-1			
			
PPV : 96DH00 PER : 09/23 LOT : K1799-2			
PPV : 96DH00			
<b>128DH20</b>			
<b>128DH20</b>			
<b>128DH20</b>			
PPV : 49DH70			

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### Création, remont, adionctio

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



## PHARMACIE AL OUMRANE



FACTURE N° : 001/2022

Client : Houti FATIMA

Date : 08/02/2022

Désignation	Quantité	P.U	Total TTC
Prazol cp	3	96,00	288,00
Déflazacort 6 mg	2	128,20	256,40
Brexin 20 mg	1	100,40	100,40
<b>Total TTC</b>			<b>644,80 DH</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Six cent quarante-quatre et DH et 80 Cts TTC.**



## Route Côtier Dar Bouazza Casablanca

Tél. : 05 26 99 66 29

Patente: 32973400 - CNSS: 6289939 - RC: 29755 - ICE: 000491000000087