

# 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 ALC 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <u>1183</u>			
<input type="checkbox"/> <b>Actif</b>		<input checked="" type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>			
Nom & Prénom : <u>HABACHI Medhamed</u>			
Date de naissance : <u>01-01-1948</u>			
Adresse : <u>100 Rue Bechar Nokhdi, Hayy Jemaa</u>			
Tél. : <u>06 61 336 79</u>		Total des frais engagés : <u>88,00 Dh</u>	

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

<b>Cadre réservé au Médecin</b>		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfan</b>		
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'adjudicataire.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 04/07/22

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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA BRISE 38, Rue Abou Abbes Al Aziz Marrakech Casablanca Tel.: 05 22 99 07 10 Fax: 22 99 07 03	02/06/2022	88,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

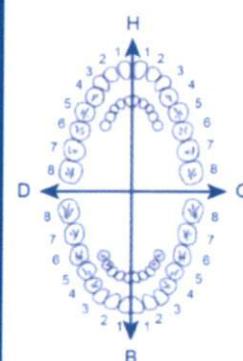
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Pharmacie LA BRISE -

Narjiss SELASSI

0522990710/0622927010

38,rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca



Facture N° 20220701-865

Date de vente : 02/06/2022

Médecin traitant :

MOHAMED HABACHI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CURTEC CO 10MG B30 COMP PELL	1	88,00	TVA (7.00%)	88,00

PPV : 88DH00  
PER : 02/24  
LOT : K2029

Total HT	82,24 DHS
TVA	5,76 DHS
<b>Total</b>	<b>88,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre-vingt-huit DHS

PHARMACIE LA BRISE  
38, rue Abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca  
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 10 11 01  
@ paralabrise@gmail.com - 05 22 990 7134  
ICE : 001688166000012 - RIB : 092037134