

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5552 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUHAÏL ABDELMAJID

Date de naissance : 01/01/1963

Adresse : 170 Bituelle

Tél. : 0662 18 32 90 Total des frais engagés : 49,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

| | |
|---|--|
| Bachet du médecin | Date de consultation : <u>19/08/2022</u> |
| Nom et prénom du malade : <u>SOUHAÏL ABDELMAJID</u> Age : <u>59</u> | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : <u>SHAME</u> | |
| Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : _____ | |
| 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 : CDRA Le : 20/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Date | Montant de la Facture |
|----------|-----------------------|
| 19/08/22 | 49,50 DH |

PHARMACIE LABOUR SIDI WA
77 Rue Al Bachir Laalaj
Cité Plateaux - Casablanca
Tél: 0522 25 96 16 - 06 11 51 33 77

Rhumix®
Boîte de 10 sachets
P.P.V. : 22,00 DH
6 118000 191032

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Code | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|------|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| 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 de l'ODF.

| 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 | | | Coefficient des Travaux |
| | H | 25533412 00000000 35533411 | G | MONTANTS DES SOINS |
| | | 21433552 00000000 11433553 | | DATE DU DEVIS |
| | D | 00000000 00000000 | B | DATE DE L'EXECUTION |
| [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 |

PHARMACIE EL HILAL

77. Rue Francois Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

F A C T U R E

Client.....: SOUHAIL ABDELMAJID

ICE.....:

Date.....: 19/08/2022

FACTURE.....N°: 12

| ! QUANTITE! | DESIGNATION | ! PPV | ! MONTANT | ! TVA! |
|-----------------|-------------|------------|-----------|--------|
| 1 | DICLO SUP | 27.50 | 27.50 | 7 |
| 1 | IRHUMIX ST | 22.00 | 22.00 | 7 |
| DONT TVA: 7 %: | 3.24 | TOTAL : | 49.50 | |
| DONT TVA: 20 %: | 0.00 | TOTAL NET: | 49.50 | |
| TOTAL TVA : | 3.24 | | | |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:

QUARANTE NEUF Dirhams 50 Centimes

