

# 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.

(127496)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07739 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FADIL

Mohamed

Date de naissance :

11-10-1956

Adresse :

Habituelle

Tél. : 0604331803

Total des frais engagés : 329,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

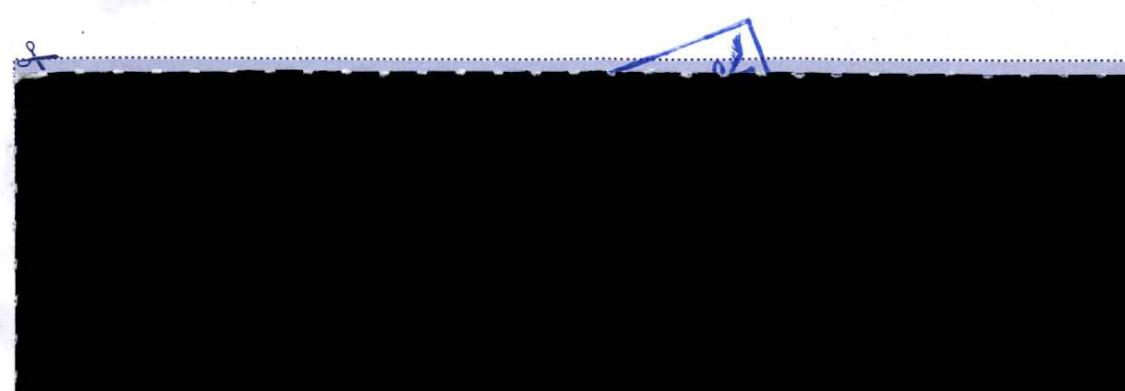
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. HARI BAIK L'ieur en Pharmacie LICENCE N° 0922-96-908 CINPI 062015918 Pharmacie Nassim El Béchir</i>	<i>24/08/22</i>	<i>3291.20</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

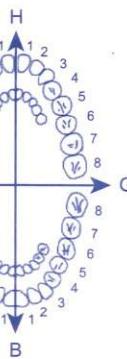
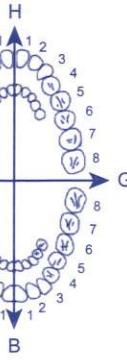
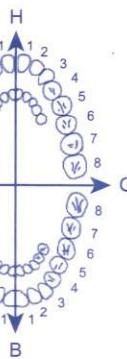
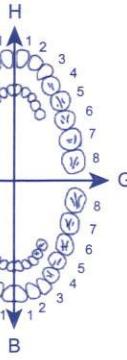
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **BELEVE 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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
D	G	B		DEBUT D'EXECUTION
D	G	B		FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	
B				
				MONTANTS DES SOINS
D	G			DATE DU DEVIS
D	G			DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

PHARMACIE NASSIM EL BAHR  
 MR BADR EL HARTI  
 6 LOT NASSIM EL BAHR SIDI RAHAL  
 CHATII

24/08/2022

Tél : 0522969008

fadil mohamed

M-07739

P.P.V : 107,60 DH  
 Fabricant:  
 PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV  
 RIJKSWEG 12  
 2870 PUURS  
 BELGIQUE  
 PAA166044

P.P.V : 107,60 DH  
 Fabricant:  
 PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV  
 RIJKSWEG 12  
 2870 PUURS  
 BELGIQUE  
 PAA166044

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.T.  
 Ain sakaa Casablanca  
 Anarel 4 mg CP b 30  
 P.P.V. 68,80 DH  
 5 118001 081325

FACTURE N° : 74992

du 24/08/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	XALACOM COLLYRE	107,60	107,60	7%
1	XALACOM COLLYRE	107,60	107,60	7%
1	AMAREL 4MG/30CPS	68,80	68,80	0%
1	GLUCOPHAGE 850 MG X 60 CP	45,20	45,20	7%
		Total TTC	329,20	
		Droits de Timbre	0,00	
		Net à Payer	329,20	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
 TROIS CENT VINGT NEUF DIRHAMS ET VINGT CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	243,36	17,04	260,40
0%Ar91	0,00	68,80	0,00	68,80
		312,16	17,04	329,20

