

# 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *9165* Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *DARKAOUI Saïda EP Hajdy*

Date de naissance : *20/04/1966 à Casablanca*

Adresse : *Haj Fath S N° 29 Casablanca*

Tél. *2077730 98* Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MESSA</b> <i>S 312 Lot Zabtir Casablanca Tél: 05 22 89 34 93</i>	20/09/22	51,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

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 l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a 10x10 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The numbers are arranged in a specific pattern: the top row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the second row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the third row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the fourth row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the fifth row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the sixth row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the seventh row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the eighth row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the ninth row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; and the tenth row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. The circles are arranged in a staggered pattern, starting with circle 1 at the top center and ending with circle 100 at the bottom center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie Anissa

Mahmoud FARKHOJAT

Docteur en Pharmacie



صيدلية أنيسة

محمود فرخوجات

صيدلي

Document :  Bon de livraison  
 Bon d'échange  
 Bon de retour

Nº 01048

le : 20/09/22

Client :

Adresse :

Tél :

Fax :

Livreur :

Qté	Désignation	P. P. M	P. Total
1	Tanganil 500 mg	51,00	51,00

~~PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94~~

Cette facture est arrêtée à la somme de  
de cinquante et un DH

Tanganil® 500 mg  
تاجانييل® 500 ملغ  
30 comprimés - 30 قرص -  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



6 118001 183340

Avance :

Mode de règlement :

Garantie :

Autres :

312. I. Lotissement Zoubir - Groupe Addoha Oulfa - Casablanca - Tél : (02) 89 34 94

R.C : 278226 - Patente : 32971190 - C.N.S.S. :