

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Annexe  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 22 22 22



## Déclaration de Maladie

Nº M20- 0003316

A 39892

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3413

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GHAOUTA ABDELOUAHAB

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse :

Lotissement EL WATAH 107

TELEPHONE

Tél. : 0663019069

Total des frais engagés : 1027,60 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 : 28/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

28/11/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

#### **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
DR. SPED BERTRALDOUN A PHARMACIE RIGIONAL INNÉ: 062014	30.11.22	1087,60

~~PHARMACEUTICALS~~

0620142

Cachet et signature du

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date

## Désignation des Cœfficients

### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **BELIEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### **Important:**

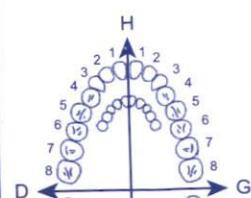
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'UDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

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



USA ET CACHET DU PRA

ax. 05 22  
ied Fekk,

LET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# LA PHARMACIE REGIONALE DEROUA

## FACTURE

Pour Mr :

Cherifa Abdellouhab

Facture N° :

126909

Date : 30-11-82

Lot n°:  
EXP:  
PPV:

157 DH 80

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
1.	covepran 150/12.5	1	134.30	134.30
2.	Angfor 10mg.	2	77.00	154.00
3.	cardio Asperin	1	27.70	27.70
4.	Lipanthyl	1	116.80	116.80
5.	Tamacet 50/1000.	1	437.00	437.00
6.	Rosuvast 5mg	1	157.80	157.80

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique  
**P.P.V. : 27,70 DH**  
Bayer S.A.

maphar  
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
PPV : 116.80 DH

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437.00 DH.

Montant	1027,60
T.V.A	
TOTAL T.T.C	

Arrête la présente facture à la somme de :

Mille cinq cent sept dirhams et soixante-  
quinze.