

## 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.

N° W21-645832

139002

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	07739	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Mohamed
Nom & Prénom : FADIL			
Date de naissance :	14-10-1956	Adresse : Habilville	
Tél. :	06 01 33 13 03	Total des frais engagés : 490,10 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :	/	Age:
Nom et prénom du malade :		<input type="checkbox"/> Enfant
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint
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.		

maladie longue durée

ACCISEL 02 DEC 2011 H. HAKANI

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 : 29/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

29/11/22

## 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 : ..... .....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....



## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Rabbi El Ouali n° 15 Hay H 89.57 29 - CASA FERRAHMINE	29/11/22	490.10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 de l'ODF.

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

PHARMACIE SALMA  
SALMA  
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15  
CASABLANCA

Mle 07739

Tél : 0522895772

29/11/2022

MR FADIL MOHAMED

45,20

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain setaab Casablanca  
Amarel 4 mg. sp. b.30  
P.P.V : 68,80 DH  
6 118001 081325

XALACOM COLLYRE 2,5ML  
P.P.V : 89DH50  
6 118001 170340

XALACOM COLLYRE 2,5ML  
P.P.V : 89DH50  
6 118001 170340

XALACOM COLLYRE 2,5ML  
P.P.V : 89DH50  
6 118001 170340

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

FACTURE N° : 19126

du 29/11/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	XALACOM COLLYRE	89,50	268,50	7%
1	XALACOM COLLYRE	107,60	107,60	7%
1	GLUCOPHAGE RET X60CP	45,20	45,20	0%
1	AMAREL 4MG /30CPS	68,80	68,80	0%
Total TTC				490,10

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
QUATRE CENT QUATRE-VINGT DIX DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	351,50	24,60	376,10
0%Ar91	0,00	114,00	0,00	114,00
		465,50	24,60	490,10

