

# 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 physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
**6278**

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**RASKAN SASSIN**

**Ren**

Date de naissance :

**01/01/1977**

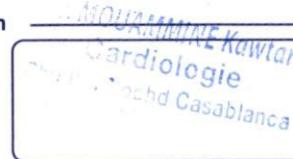
Adresse :

Tél. : **0679336205** Total des frais engagés :

**274,00 Dhs**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**19/12/2022**

Age :

Nom et prénom du malade :

**Youkja Samia**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Angina + hypertension**

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
19/12/22			G	<i>Dr M. A. Khatib Cardiologue Chirurgien-dentiste Casablanca</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACIE ET PARIS PHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA 240, Bd Brahim Roudani Casablanca Tél: 05 22 99 57 46</i>	19/12/22	214,-

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CÉEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CÉEFFICIENT MASTICATOIRE	CÉEFFICIENT DES TRAVAUX		
	<b>H</b> 25533412 21433552 00000000 00000000 <b>D</b> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> 00000000 <span style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> <b>G</b> 00000000 35533411 11433553 <b>B</b>			
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS		
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

Casablanca, le : 15/12/22

## ORDONNANCE

Docteur :

The Youija Samira

45,50 Dhs

1) Cotaflom.



240 (2 boxes)

LOT: M22009  
EXP: DEC 2024  
PPV: 45,50 DH

LOT: M21077  
EXP: AOU 2024  
PPV: 45,50 DH

V15DH80  
PER 02/25  
LOT L425  
S1

PPV14DH60  
PER 11/24  
LOT K2325

a) Doliprone 500mg (2)



24 x 3

b) Rhinomin



15 x 3

مختبرات الصياغة المغاربة  
الوطني فيلاج صناعي  
الدار البيضاء

24

c) Azia



14 50 Dhs

PPV 7.9 DH70  
PER 06/25  
LOT L2208

€ 14,00