

# 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.

Matricule : 2869 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAHOLI Ry - AB DERRA hmane

Date de naissance : 01-01-52

Adresse : 29 Rue Benay ssay HAY Enaha - Benayen

Tél. : 06 77 90 90 84 Total des frais engagés : 870DH + 216.00 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/2022

Nom et prénom du malade : FAKIR Halima Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CASA Le : 12-10-2023

Signature de l'adhérent(e) : M



## 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
20.12.15	Consultation	1	25	Dr. ATLAB MUSTAFA Cardiologue 0661 06 29 52

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMA 67, Rue de la Poste Masjid Annabi 11-0322368430 Patente:34808192 05200913	20.12.22	216.00

**Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

## 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, 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	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). A coordinate system is overlaid on the arch, with the horizontal axis pointing left and the vertical axis pointing down. The origin is at the center of the arch. The teeth are represented by small circles with numbers, and the coordinate system is indicated by arrows and labels H, D, and B.

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISÉ ET SACHET D'INSTRUCTEUR ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



رب غف

DERB GHALLEF

وصفة  
ORDONNANCE

Le 20/12/22

ا. Farid Halima

89,20

- Amlo 14  
126,80

- Nodex 1/2 g

216,00

UT.AV : 04 2 25

P.P.V.

LOT N° : GE 2059

89 20

89,20

N 202108  
20.12.22

S.V.

PHARMACIE AL WOUROUD  
67 Rue des Roses A Côté de  
Maison d'hôpital - Beausejour  
Tel: 0522 368450 - Casablanca  
Patente: 34808192

Dr. ATLAB Mustapha  
Cardiologue  
Gsm: 0661 06 29 52

LOT 393  
PER MAI 2024  
PPV 126 DH 80