

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0035580 *148003*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2932** Société : **RAM - RBT RASITE**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **ATIC HIJA Mohamed**

Date de naissance : **15-04-1955** CASABLANCA

Adresse : **89 Rue 6 HAY EL ALIA 1 EL OULFA**

Tél. : **0664 662230** Total des frais engagés : **485,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **02/02/23**

Nom et prénom du malade : **Amchidie N.** Age : **71**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Affection**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : **Pathologie**

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 : **CASABLANCA** Le : **02/02/2023**

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
04/01/23	9	CL-J		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACE TANSI El Oufia 05 21 04 22 22 TAI 05 21 04 22 22	02/02/23	485,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

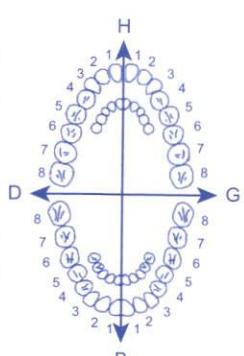
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
				<b>FIN D'EXECUTION</b>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DATE DU DEVIS</b>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : ..... 02/04/23 .....

# ORDONNANCE

un.40x2 7<sup>o</sup> Anchéo Q<sup>d</sup>

1 Diamine 6f67  
1 (15) α<sup>L</sup>

un.40x2  
1 Clémone SV 200  
(15) α?

79.70

2 Agit 200

20.00

u -

Diane SV

15.2

DR. H. A.

T

55.40

G

Immuo 200

SV

SP

SV

15.10

Arg 200



486,7

44,70

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30

charge), gluconate de zinc, stéarate de magnésium,  
cholecalciférol (vitamine D3), chlorhydrate de pyridoxine  
végétale (cellulose).

Lot :

Consommer de préférence avant la fin de

Certificat d'Enregistrement au Ministère de la Santé

DA20202002350DMP/20UCAv<sub>2</sub>

PPC: 99.10 DH



44,70

PHARMED  
PNU  
LOT AN. 12/2020  
20/25  
500g

6 118000 060857  
P.P.U : 55DH40  
CP SEC 820  
01/22E003  
PER. 04.2025  
SURGAM 200MG

L 053  
P E R 07/25  
L 053  
P P A 190H20