

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0047774

N 49562  
Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	627	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		MR. AYAD AHMED AHMED	
Date de naissance :		12 - 03 - 1944	
Adresse :		HAY ESSALAM RUE MADYAK TOUT SIDI N° 61 CASA	
Tél. :	0634605386	Total des frais engagés :	41,50 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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC 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 : 03/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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.

### 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
PHARMACIE ARACARIA El Chamchamia 42, Rue d'Ifrane Hay Salam Casablanca Tél: 05 22 36 13 05 / 05 22 39 61 05	05/05/2010	39,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et Signature	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
KETODERM 2% CREME T 10G P.P.V : 25DH30	39,50	

فوندير ما  
ببيريشون (ملح الصوديوم)

مستحلب

AMM N° : 214 DAT/PH

P.P.V. : 14,20 DH

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال  
المقادير وكيفية الاستعمال:  
اقرأ البيان داخله.

### 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	Coefficent	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 B 00000000 00000000 G 35533411 11433553				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS					COEFFICIENT DES TRAVAUX
DATE DE L'EXECUTION					DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

\*\* PHARMACIE ARAUCARIA \*\*

DR TALI HICHAM  
42 RUE IFRANE CIL

Tél : 0522361305

10/02/2023

AIT MHAMED AHMED

Tel: 05 22 36 13 05 / 05 22 39 61 05

CL - Casablanca

Hicham Tali - Pharmacie

42, Rue d'Ifrane Hay Salam

du

PHARMACIE ARAUCARIA

FACTURE N° : 2819/03/01/23

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	KETODERM CREME	25,30	25,30	7%
1	FONDERMA EMULSION	14,20	14,20	7%
Total TTC				39,50



Arrêtée la présente facture à la somme de :  
TRENTE NEUF DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	36,92	2,58	39,50
		36,92	2,58	39,50

PHARMACIE ARAUCARIA  
Hicham TALI - Pharmacien  
42, Rue d'Ifrane Hay Salam  
Tél: 05 22 36 13 05 / 05 22 39 61 05