

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0049719

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 3791 Société : RD 1539712

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Chouayegh Am

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... 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 : ..... 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMACHE Rue 2 Al Qods AI Qods Gharfa 1115 Bloc C Pernoussi	18/03/23	38.6

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **BELEVE 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
T	

The diagram illustrates the H-D-G system. At the top is a hydrogen atom (H) with one electron. Below it is a deuterium atom (D) with one electron. To the right is a gallium atom (G) with three valence electrons. A horizontal arrow points from D to G, labeled "D" on the left and "G" on the right. Between D and G, there are two sets of overlapping circles representing electron clouds. The first set consists of a small circle on the left and a large circle on the right, both with a "1" label above them. The second set consists of a medium-sized circle on the left and a very large circle on the right, both with a "2" label above them. These labels indicate the filling of the first and second energy levels respectively.

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# صيدلية الغفران

## PHARMACIE GHOFRAÑE

الزنقة 2 الرقم 116 بلوك (س) حي القدس سيدى البرنوصى - الهاتف: 022 73 26 31 - الدار البيضاء

Mme HARIOUA Laïla  
Docteur en Pharmacie  
Diplômée de la Faculté  
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلى  
دكتورة في الصيدلة  
خريجة كلية تور بفرنسا  
HAXAN: Samia

Casa, le 18/03/23

**FACTURE N° 007628**

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Catofla 50/10	1	24,00	24,00
Dolip 15%	1	14,60	14,60
			38,60

LOT: M21042  
EXP: JAN 2024  
PPV: 24,00 DH

PPV 14 DH 60  
PER 12 / 24  
LOT K 687

La présente facture est Arrêtée a la somme de :

Signature  
Rue 2 Al Hennoussi  
Q. Al Hennoussi  
Casablanca

Cachet