

# 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.

M23-003219

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : R.00.202

Société : Esc / Rabat

ASS 185

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL.HANDAG

H. Bawek

Date de naissance : 1925

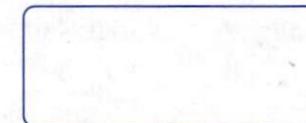
Adresse : secteur 4 B Rue EL AZHAR N° 267 Tébouquet

Salé

Tél. : 06.64.59.14.33 Total des frais engagés : 1663,80 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 : 28 MAR 2023

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 : Salé

Le : 29/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : EY

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue**

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

## **[Création, remont, adjonction]**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



pharmacie la mamora  
salé tabriquet

## FACTURE n: 76

Mr EL HADDAD MBAREK



| Référence | Désignation                                       | Quantité | Prix U | Montant              |
|-----------|---|----------|--------|----------------------|
|           | - FLUOXET 20 MG , Gélule Boîte de 30              | 03       | 180.00 | 540.00               |
|           | - LAROXYL 40 MG / ML, Solution buvable en gouttes | 03       | 39.80  | 119.40               |
|           | - MEDIZAPIN 5 MG, Comprimé Boîte de 30            | 06       | 167.40 | 1004.40              |
|           |   |          |        | Total HT             |
|           |   |          |        | 1663.80              |
|           |   |          |        | Net à payer (Dirham) |
|           |   |          |        | 1663.80              |

Arrêtée la présente facture à la somme de MILLE SIX CENT SOIXANTE TROIS DIRHAMS ET  
80 CENTIMES

Bon pour accord le :

Signature



PPV:39DH80  
PER: 07/25  
LOT: L2653

adresse 4 IMM ATA ALLAH N 13 SALE TABRIQUET TEL :0537854087 / R.C :47158 / PATENTE :N 29000457 / IF : 25  
ICE: 00210757700083 / BANQUE POPULAIRE-AGENCE AEBIBAT RABAT -RIB :181810212116626436001621/ E-M:  
bentahar.zakariaa@gmail.com

Laroxyl® 40 mg/ml  
Amitriptyline  
Gouttes buvables 20 ml

6 118001 040407  
PPV:39DH80  
PER: 09/25  
LOT: L2655

Laroxyl® 40 mg/ml  
Amitriptyline  
Gouttes buvables 20 ml

6 118001 040407  
PPV:39DH80  
PER: 09/25  
LOT: L2832

Laroxyl® 46 mg/ml  
Amitriptyline  
Gouttes buvables 20 ml

