

# 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- 0041880

Optique

15586

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20644 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEGGA G ISSAM

Date de naissance : 21/04/1981

Adresse : G.J. Dent Douam Rue 20 N° 207 casa

06.81.22.09.39

Tél. : 0522.56.18.99 Total des frais engagés : 4158,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



13 Mai 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Megga G ISSAM Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

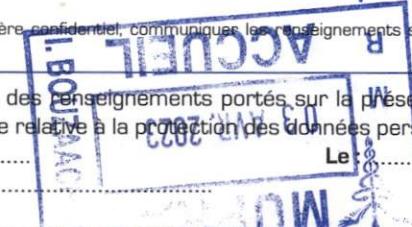
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

En date : 13 Mai 2021 Le : 13 Mai 2021

Praticien : Dr. FAKI Saloua



### 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
13 Mars 2023				<i>(Handwritten signature and blue ink stamp over the table)</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Handwritten signature and stamp over the table)</i>	31/03/23	4158,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

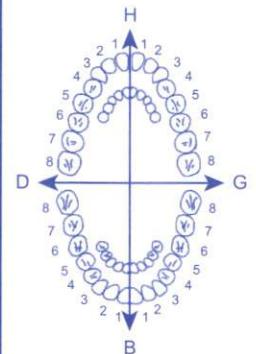
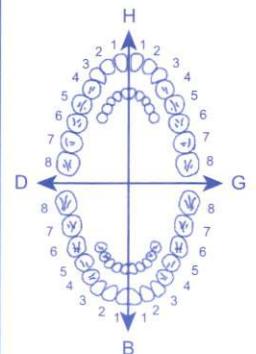
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Date : .....

13

Mars 2022

I SVA

Neggaz



13,100

30 - 3 - 30

97,100

Ronozyst



57,20

0123456789

34,70

X13

60,00

65 Zeigt

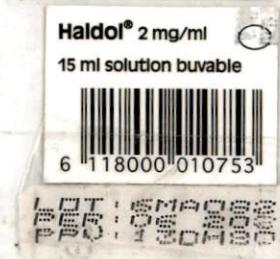
AZ

A 481



99,00

77 415 8,38



NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

Nozinan 100 mg  
20 Cp pel séc

P.P.V : 57DH30

6 118000 012443

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

Nozinan 100 mg  
20 Cp pel séc

P.P.V : 57DH30

6 118000 012443

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

Nozinan 100 mg  
20 Cp pel séc

P.P.V : 57DH30

6 118000 012443

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

Nozinan 100 mg  
20 Cp pel séc

P.P.V : 57DH30

6 118000 012443

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

6 118000 060482

Nozinan 100 mg  
20 Cp pel séc

P.P.V : 57DH30

6 118000 012443

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

Zepam® 6 mg

30 comprimés bâtonnets quadrifiables

6 118000 040873

RANOZYP® 10 mg  
28 comprimés Orodispersibles  
Voie orale

6 118001 300426

PPV: 271 DH 00\*

RANOZYP® 10 mg  
28 comprimés Orodispersibles  
Voie orale

6 118001 300426

PPV: 271 DH 00

RANOZYP® 10 mg  
28 comprimés Orodispersibles  
Voie orale

6 118001 300426

PPV: 271 DH 00

RANOZYP® 10 mg  
28 comprimés Orodispersibles  
Voie orale

6 118001 300426

PPV: 271 DH 00

RANOZYP® 10 mg  
28 comprimés Orodispersibles  
Voie orale

6 118001 300426

PPV: 271 DH 00

AZ 500 mg

Azithromycine  
500 mg  
Boîte de 3 comprimés  
Bouteille de comprimés

6 118001 19097  
PPV: 60,00 DH

Boîte de 3 comprimés  
Voie Orale  
GALÉNICA