

# 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.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00.447 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MARNISSI Ahmed

Date de naissance : 07.01.1943

Adresse : Rond. Al Wazan. Imar 12 N°7 SULTAN. Casab

Tél. : 06.61.20.83.36 Total des frais engagés : 332.10 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Voir déclaration  
maladie longue  
durée jointe*

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : 80

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... 

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ..... Le 08/04/2023

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 : Casab Le : 08/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : H. Marnissi

## **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		
Demande du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Demande du Pharmacien ou du Fournisseur	07/04/23	332,10

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

#### **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

The diagram illustrates the HGBS system's architecture. At the top is the **H** component, which is a vertical stack of nodes labeled 1 through 8. Below it is the **G** component, represented by two parallel horizontal rows of nodes labeled 1 through 8. The bottom layer consists of the **B** component, shown as a zigzagging path of nodes labeled 1 through 8. A large blue double-headed arrow labeled **D** connects the **H** and **G** components horizontally.

#### **[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

PHARMACIE SALMA  
SALMA  
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15  
CASABLANCA

Tél : 0522895772

07/04/2023

Client : MR MARNISSI AHMED

**FACTURE N° : 5950 du 07/04/2023**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	XOLAMOL SOLUTION OPHT 5 ML	110,70	332,10	7%

Total TTC 332,10



Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
TROIS CENT TRENTÉ DEUX DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	310,37	21,73	332,10
		310,37	21,73	332,10



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : JARNAssi Ahmed

N° CIN :

Matricule :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : JARNAssi Ahmed Spécialité : OPHTALMOLOGIE

N° INPE :

N° ICE :

Certifie que Mlle, Mme (M.) JARNAssi Ahmed

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Névralgie optique GLAUCOMA ISUZE  
(H.T.O. EXCAVATION PAPILLIQUE)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Dr R. JARNASSI  
 Opticien Chirurgien de l'œil Casablanca  
 13, Rue de la Kasbah, Casablanca  
 Tel: 0522 25 11 15 Fax: 0522 25 11 15*

COSOPT COLLYRE 15Ux2/J 3 fois Renouvelable  
XOLANSL COLLYRE 1Mx2/J 3 fois Renouvelable

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 26/01/2023

Cachet et signature du médecin traitant Dr R. JARNASSI  
*Dr R. JARNASSI  
 Opticien Chirurgien de l'œil Casablanca  
 13, Rue de la Kasbah, Casablanca  
 Tel: 0522 25 11 15 Fax: 0522 25 11 15*