

## 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 de caractère personnel

N° W21-786102

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6306	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AZNIA THAMI N. 205			
Date de naissance : 1970			
Adresse :			
Tél. :	0664 114.83	Total des frais engagés :	55.00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-4-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Tarmacie Dounia Eraha SARL AU</b> 299 Rue 64 El Wifak 3 El Oulfa Casablanca 05 22 91 51 34	10/10/2023	55.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																	
Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement parodontal, ainsi que le bilan de l'ODF																																	
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins																													 <b>PPV : 55,00 DH</b> <b>LOT : 651313</b> <b>PER : 11 / 24</b>	
		Dents Traitées	Nature des Soins																														
<b>DEBUT</b> <b>D'EXECUTION</b>																																	
<b>FIN</b> <b>D'EXECUTION</b>																																	
<b>COEFFICIENT</b> <b>DES TRAVAUX</b>																																	
<b>MONTANTS</b> <b>DES SOINS</b>																																	
<b>DATE DU</b> <b>DEVIS</b>																																	
<b>DATE DI</b> <b>L'EXECUTION</b>																																	
<b>C.O.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>																																	
<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>05533412</td> <td>21432552</td> </tr> <tr> <td>00000030</td> <td>00010000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000070</td> <td>00010000</td> </tr> <tr> <td>05533411</td> <td>11232553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>[Creation, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la prothèse</p>				H		05533412	21432552	00000030	00010000	D		00000070	00010000	05533411	11232553	B																	
H																																	
05533412	21432552																																
00000030	00010000																																
D																																	
00000070	00010000																																
05533411	11232553																																
B																																	

# Pharmacie DOUNIAERRAHA S.A.R.L AU

Dounia BENYAHIA TABIB

0522915134

299 RUE 64 WIFAQ3 EL OULFA, CASABLANCA



Facture N° FAC-50664

Date : 10/04/2023

AZNIDI THAMI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
AMOXIL CO 1G B12 COMP DISP 	1	55,00	55,00
Total Organisme			0 DHS
Total Client			55,00 DHS
<b>Total</b>			<b>55,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-cinq DHS

Pharmacie Dounia Erraha SARL AU  
N° 299 Rue 64 El Wifak 3  
El Oulfa Casablanca  
05 22 91 51 34