

# 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

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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **11677** Société : **R.A.M.**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **Bouidi el mostafa**

**168034**

Date de naissance : **07-09-97**

Adresse : **6et ELWAFIA 2 N°32 SETTAT**

Tél. : **0660688685** Total des frais engagés : **214,50** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr.Souad ELFILALI  
Médecin généraliste  
INPE / 41153448*

Date de consultation : **24/04/2023**

Nom et prénom du malade : **Bouidi el mostafa** Age : **46ans**

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

**D.N.D.**

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  **ALD**  **ALC**

Pathologie : **D.N.D.**

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
Lot la Colline des Palmiers 37/39 Route Ben Ahmed Settat Tél. 05.23.72.32.18 0620921694423	20/04/23	214,50

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION

Le : 24-4-2023

## ORDONNANCE

n<sup>o</sup> Bovi D 2 el Rostofr  
XII

1 g - Glycon 500 

2 p/a 3/1 pd 3 mois  
après repas

Pharmacie ALMANAR  
Lot La Colline des Palmiers 37/39  
Route Ben Ahmed Settat  
Tél: 05.23.72.32.18

Dr. Souad EL HADJ ALI  
Médecin généraliste  
INPE / 41153448

# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH

LOT F044 PER 01/25

# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH

LOT F044 PER 01/25

# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH  
LOT F044 PER 01/25

# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH

LOT F044 PER 01/25

# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH

LOT F044 PER 01/25

# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH

LOT F044 PER 01/25

# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH  
LOT F044 PER 01/25

# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH

LOT F044 PER 01/25

# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg



PPV 19.50 DH

LOT F044 PER 01/25