

# 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- № 001119

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3700

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

LAGNIOU DAOUIA

Date de naissance :

Adresse :

HAY LALLA MERIB Bloc 8 N° 16  
CASA

Tél. :

06 62 4866 60 Total des frais engagés : 10 585 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08.08.93        | Consult           | C.                    | C                               | DR. S. BHAM<br>Médecin   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES\*

| EXECUTION DES ORDONNANCES*   |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cahect du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| INP: 092 303<br>Dr. A. D. T.<br>P. B. C. C. H.<br>H.M. C. C. H.<br>18h 05 22 62 07 31<br>sie IBN | 08/08/23 | 1055,50               |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

### **[Création, remont, adjonction]**

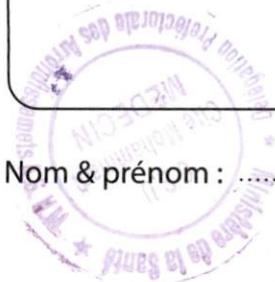
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch, likely upper, with teeth numbered 1 through 8 on both the left and right sides. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the center and 8 at the corners. Labels include 'H' at the top center, 'D' on the left side, 'B' at the bottom center, and 'C' on the right side. Arrows point from the labels to specific points on the arch: 'H' points to the upper central incisors, 'D' points to the left lateral incisor, 'B' points to the lower central incisor, and 'C' points to the right lateral incisor.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Ordonnance



casa

le: 08.08.23

Nom & prénom :

La Guérine Désirée



138,3042 M du goutte

cos  
2 cpo 21



400,0

21 Andm 20

3 cpo

petit



102,60

37 Andm 20

1 cpo

181,10

17 8 Andm 20

23 cpo



453,0

5) Verbal Andm 2000

2800



INP: 092033038

61 Revomab

190,00

2 pulvi 6 ml.



216,00

4) enzol no



1 fel/3:

= 405,60



INP: 092033034

LOT: GB21571  
PER: 08/2024  
PPV: 185 DH 00

Cipla  
Etiquette Inv

Lot  
EXP  
PPV

FM 9 S  
09 2024  
45,30 DH

216,00

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

401,00

nés  
LOT: 106  
PER: SEP 2024  
PPV: 102 DH 60

PPV: 138,30 DH  
LOT: 651020  
PER: 10/24

PPV: 138,30 DH  
LOT: 651020  
PER: 10/24

