

# 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

- 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 des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7155 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GOTNAI AHMED

Date de naissance : 09-07-1968

Adresse : HABITuelle

Tél. : 06 35 73 80 80 Total des frais engagés : 39,10 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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

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) : PRAS

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
	11.8.23	22,50
	26.8.23	16.60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

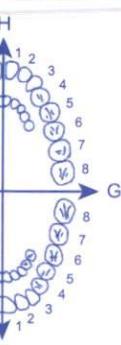
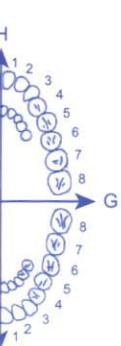
Systral® Crème

Le PPV 16DH60  
EXP 01/2028  
In LOT 29052 2

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

éciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

raphies 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												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE NOUZHA**

MME DIOURI AYADI NOUZHA  
602 BD OUM EL RABIA EL OULFA  
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35035000

N° R.C. : 234244

N° CNSS :

N° ID.F. :

N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

GOTNI AHMED

I.C.E. :

ML 7155

CASA

Le : 26/08/2023

**FACTURE N° : 45142/23**

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	SYSTRAL POMMADE TB 20G	16,60	7	16,60
TVA 7%:		1.09	Total :	
			16,60	

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*

SEIZE DIRHAMS ET SOIXANTE CTS



**PHARMACIE NOUZHA**

MME DIOURI AYADI NOUZHA  
602 BD OUM EL RABIA EL OULFA  
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35035000

N° R.C. : 234244 N° CNSS :

N° ID.F. : N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

**GOTNI AHMED**

I.C.E. :

J

**CASA**

*Le : 11/08/2023*

**FACTURE N° : 45135/23**

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	OMIZ 20MG 7GEL	22,50	7	22,50
<b>TVA 7%:</b>		<b>1.47</b>	<b>Total :</b>	

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*

VINGT DEUX DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

PHARMACIE NOUZHA  
Mme DIOURI AYADI Nouzha  
Diplômée d'Institut Supérieur de Bruxelles  
602, Bd Oum Rabia - El Oulfa  
Casablanca - Maroc  
Tél: 0522.90.17.15 - Casa

أدوية  
من 20

أوميبرازول



كبسولات  
عن طريق الفم

7

وحدات حبيبية مقاومة للمصاراة المعدية

LABORATOIRES  
**PHARMAX<sup>®</sup>**  
مختبرات فارماكس

LOT : 5729  
PER : 12-25  
PPV : 22DH50