

## 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.

N° W21-813419

184064

Optique  Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire		
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12750	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL WATTAH Amine
Nom & Prénom :		EL WATTAH Amine	
Date de naissance :		04/08/1986	
Adresse :		8, Rue Rayana, lot AL Madaria, Benchedd	
Tél. :	0662 779840	Total des frais engagés :	160,60 Dhs

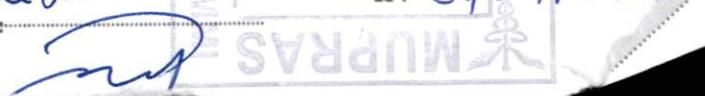
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
<b>Pr ISSAAAD Samia</b> Gastro-Entérologie / Proctologie Ang Bd Oqba Benou Nafii et la Grande Ceinture Imm El Dorado Appt N°15 Casablanca Tel : 0522 62 98 09	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	20/09/2023
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Sciatalgie
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 : Benchedd

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 24/09/2023

### 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
20/09/2023				<i>Gratuite</i> INP 0991245969 Gastro-Entérologie / Proctologie Ang Bd Oqba Ben Nafii et la Grande Ceinture Imm El Dorado Appt N°15 Casablanca Tel : 0522 62 98 09

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie AL ZOHAR 149 Quartier Al ZOHAR Tél: 05 22 32 54 61 INPE: 00208447</i>	20/09/23	160,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

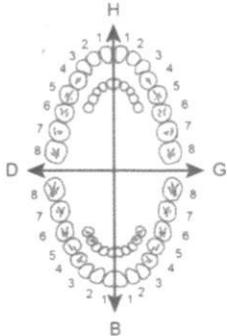
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DSA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

..... le 20/09/2023

Mr ELWATTAH AMINE

30,80

1) ASpegie 1g **SV**

1 sachet / Jr pott f/j

5,100 x 2  
2) Solumédrol 120 mg / 2ml **SV**

1 inj / Jr pott 2j

14,60

3) Doliprone 1g **SV**

1 cp x 3 / Jr pott f/j

16,01 60

Pharmacie AL IZDIHAR  
149 Quartier AL IZDIHAR  
Berrechid  
Tél: 05 22 32 54 61  
INPE: 002084447

Dr ISSAAD Samia  
Gastro-Entérologie - Proctologie  
Ang. Bd Ooba Ben Nafii et la Grande Ceinture  
Imme El Dorado Appt N°15 Casablanca  
Tel : 0522 62 98 09

ASPEGIC 1G  
SACHETS B10  
P.P.V : 30DH80  
LOT : 122E005  
PER : 05/2024

6 118000 061083

P.P.V : 57/90  
6 118001 170319

P.P.V : 57/90  
6 118001 170319

P P V 1 4 D H 6 0  
P E R 0 2 / 2 6  
L O T M 6 1 8

Doliprane® 1000 mg  
Paracétamol  
8 comprimés effervescents sécables  
6 118000 040361

AMM N° 41/19/ DMP/21/NRQDNM