

# 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 à caractère personnel.

N° W21-826312

18738

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 6025 Société : RPM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Toumi Brahim

Date de naissance : 15/12/1961

Adresse : propriété el Hamza H Km 2 route allée Mohamed

Tél. : 06 61 19 86 97 Total des frais engagés : 633,90 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 :

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 : .....   .....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/2023	693,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 00000000
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

ET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE LINAYA

Immeuble E, Hay Ennasr N°2 MOHAMMEDIA.

TEL : 0523283858

Facture N° : 1863

Client : TAUTI Bouchra

Mohammedia ; 18/12/23

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier benn al acoum roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg O grise  
Bte de 30  
3996 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH  
6 118001 020539

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier benn al acoum roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg O grise  
Bte de 30  
13976 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH  
6 118001 020539

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier benn al acoum roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg O grise  
Bte de 30  
13976 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH  
6 118001 020539

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier benn al acoum roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg O grise  
Bte de 30  
13976 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH  
6 118001 020539

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier benn al acoum roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg O grise  
Bte de 30  
13976 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH  
6 118001 020539

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acetylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acetylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

## Désignation

- Atacand 8 mg

Quantité 5 P.U.TTC 127,70 638,50

- Cardio Aspirine 100mg

2 27,70 55,40



TOTAL HT

TVA 20%

693,90

TOTAL

TTC

Pharmacie Linaya  
Dr. Amina Lebbane  
Cite Ennasr Imm 75 El Alla  
Mohammedia

TEL : 05 23 28 38 58 / 06 07 91 11 11

PATENTE / 39181311 CNSS : 8602543 RC : 147081F 40214263 INPE : 0920631