

# 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 :

- 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.

M22- 0048302

Optique 187709  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5460** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

*Retraite Al Abderrahman*

Nom & Prénom : **BÉLFIKH Abderrahman**

Date de naissance : **01.01.1954**

Adresse : **Ighli 3 N° 88 Lamhamed  
Marrakech**

Tél. : **0668054997** Total des frais engagés : **125 Dhs**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Cohjointe

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 : **Marrakech**

Le : **10/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



#### **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
	09/12/22	125.30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **BELEVE 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIBLES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the first two rows of the periodic table (H and He) represented as atomic orbitals (AOs) arranged in a grid. The horizontal axis is labeled D (left) and G (right), and the vertical axis is labeled H (top) and G (bottom). The AOs are numbered 1 through 8, corresponding to the valence electrons of hydrogen and helium respectively. The diagram shows the relative sizes and positions of the AOs for each element.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

PHARMACIE L'HIVERNAGE  
DR BERRADA MOHAMMED  
1 AV CADI AYYAD GUELIZ MARRAKECH

Tél : 0524449662

09/12/2023

BELFQIH ABDERRAHMAN

FACTURE N° : 17195

du 09/12/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant PPV	TVA
1	VAXIGRIP PASTEUR	125,30	125,30	7%

Total TTC 125,30

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml  
sol inj b1  
P.P.V : 125,30 DH  
6 118001 082247

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
CENT VINGT CINQ DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	117,10	8,20	125,30
		117,10	8,20	125,30

الشّرْبَاج  
PHARMACIE L'HIVERNAGE  
BERRADA Mohamed  
Dr. d'Etat en Pharmacie  
1, AV. Cadi Ayyad Gueliz Marrakech  
Tél : 05 24 44 96 62