

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

*MUPRAS  
RECEPTION*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4800

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEL AIACHY ouar

Age : 1958

Date de naissance :

Adresse : Lot 184 ELWAHDA II DEROUA

Tél. : 06 6545 91 82

Total des frais engagés : 301.80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



27 JAN. 2024

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : OMAR BELAIACHI

Age : 1958

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Céphalgie, maladie de goutte

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 : DEROUA

Le : 05/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

*27*

## **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
27 JAN 2024	CS	150 DH		Dr. Smith MD Médecin généraliste Chambre 1402 - Deroues DS 22/03/2028 / Tél: 00 07 58 58 57  INPE:061240933

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/01/2024	151.90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

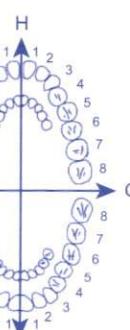
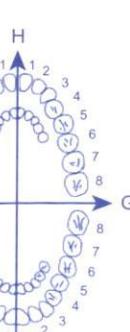
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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

**Dr. Smail Malki**

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca.



الدكتور سmail المalki  
طبيب عام  
خريج كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

## ORDONNANCE

27 JAN. 2024

DEROUA, le :

DMAR

Bel Pizach

Dr. Smail MALKI  
Médecin généraliste  
Lot N°1 N°102 - Deroua  
Fix: 05 22 03 43 28 / Tel: 06 07 58 58 51

98.80      nitrofuran 160  
113



30.60      metformin 300  
113



26.90  
131  
151.90

otrim 2  
16 YFJ



Dr. Smail MALKI  
Médecin généraliste  
Lot N°1 N°102 - Deroua  
Fix: 05 22 03 43 28 / Tel: 06 07 58 58 51

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
sant au  
Bloc U N°1 Daroua  
Tel : 05 22 53 20 83

Con  
LOT: 7146  
PER: 09/26  
PPV: 22DH50

NEOFORTAN® 160 mg

PPU 98DH80  
EXP 09/2026  
LOT 36028 2

N  
LOT 231804 1  
EXP 05/2026  
PPV 30.60