

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : 00644 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSAN Jemaa

Date de naissance : 1935

Adresse : Derd Douam Rue 20 M<sup>e</sup> Rdt casa

Tél. : 05 22. 53. 18. 99 Total des frais engagés : 52.30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

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

Lien de parenté :

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'exhaustivité 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 : 02/05/24

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA FILATI Pharma 26, AV. ROMAIN VILLENEUVE D'ASCQ Téléphone : 03 59 23 35 00 N° d'imprimé de la facture : 035235	02/05/84	52,30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

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'ODE.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

D	H
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 25533411	00000000 11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The upper arch is labeled with 'H' at the top center, 'D' on the left side, and 'C' on the right side. The lower arch is labeled with 'B' at the bottom center. The teeth are arranged in pairs, with some teeth having additional labels such as 'y' or 'z' next to them.

#### **[Création, remont, adjonction]**

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Pharmacie Jamila

*Lahlou Filali Abdallah*

Diplômé de la faculté de pharmacie de Paris

326, Rue Edt Driss El Harti

Tél 37.21.07 - Casablanca 04

# FACTURE

Nº 03965

Casablanca, le 02/05/24

Désignation	Quantité	P. Un.	TOTAL
Codédiplane cp	1	20.80	20.80
Vermox cp 100mg	1	21,20	21,20
Deliplane 500mg cp	1	10.30	10.30
			52.30
			52.30
			092035237
<b>TOTAL</b>			52.30

*Arrêtée la présente facture à la somme de : -*

**Codoliprane®**

Paracétamol / Codéine

**400 mg/20 mg**

16 Comprimés  
sécables



6 118000 040217

PPV: [REDACTED] 20,80

PER: 09/25

LOT: M2958

**Vermox® 100 mg**

**6 comprimés**



6 118000 012092

21032  
21030 32 25

↓  
21120

**Doliprane® 500 mg**

PARACETAMOL

**20 COMPRIMES SECABLES**



6 118000 040347

PPV: 10DH30

PER: 03/25

LOT: L1264