

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dumérit 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## adie 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

22711

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1193

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jelloul maati

Date de naissance :

Adresse :

1947  
village Daroua Blok R n° 3  
Tél. 0655268155 Total des frais engagés : 57,00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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

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.

7 FEV 2020  
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 : ACCUEIL  
Signature de l'adhérent(e) : ..... Le : 15/02/2020

.....

### 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 |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie PRINCIPALE DEROUA<br>sarl au<br>Bloctel N°1 Deroua<br>Tél:05 22 53 20 83 | 17/04/2022 | 57.00                 |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |   |   |   |                                 |
|                                  |                |        |   |   |   |                                 |
|                                  |                |        |   |   |   |                                 |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES                  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux                     |
|----------------------------------|--|------------------|-------------|---|
|                                  |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS                          |
|                                  |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION                           |
|                                  |  |                  |             | FIN D'EXECUTION                             |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |             | Coefficient des Travaux                     |
|                                  | H 25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000<br>00000000 35533411 11433553<br>G B |                  |             | MONTANTS DES SOINS                          |
|                                  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession      |                  |             | DATE DU DEVIS                               |
|                                  |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION                         |
|                                  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE |

# Pharmacie Principale



الصيدلية الرئيسية

البوري ليلى

(صيدلى خريجة كلية الصيدلة ب Dakar)

بلوك (ي) الرقم 1

الدروة

الهاتف : \_\_\_\_\_

EL BOURY Laila  
Pharmacien Diplômée de la Faculté de  
DAKAR  
Bloc (U) N° 1  
DEROUA  
Tél. : \_\_\_\_\_

Facture N° 000588

Deroua, le 15/02/20

m JELLOUL - MAATI

| Quantité | DESIGNATION    | P.U.  | TOTAL |
|----------|----------------|-------|-------|
| 01       | SKINOSALIC pte | 26,50 |       |
| 01       | Ango sirup     | 30,50 |       |
|          |                | 57,00 |       |

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
sarl au  
Bloc U N° 1 Deroua  
Tél: 05 22 53 20 83  
INN: 062049176

LOT 3356  
UTAV 05-22  
P.P.V 30DH50

25,50 LE