

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-511409

ND: 23174

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

MARAH

Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom :

ABDELAZIZ

Date de naissance :

10/17/84

Adresse :

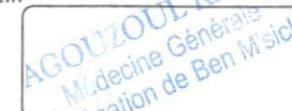
BD. EL QUODS AMICAL ENNAKHIL  
IM 1 APT 1 CASA

Tél. :

0662473354 G+118, 90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/05/2020

Nom et prénom du malade :

El Alami Ialla Fatima

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Migraine

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 :

Le : 28/05/2020

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
28/09/03				<i>G</i> <i>ACQUETAIL Radiologie Dentaire Générale</i> <i>Déléguée de Ben Mock</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACE D'ANTIBES</i> Rue de la Chambre de Commerce Hospitalet - Antibes - Costeblanc Tél: 05 22 52 35 29	28/09/03	<i>200</i>

### 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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est invité 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'OL

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
				<b>FIN D'EXECUTION</b>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>MONTANTS DES SOINS</b>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		<b>DATE DU DEVIS</b>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		<b>DATE DE L'EXECUTION</b>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date: .....

28 MAI 2020

# ORDONNANCE

P.P.V:

96 DH 70

Numéro du lot:

0021651

Date de péremption:

06.2021

9670

El Alami, Laâyoune

9670

1<sup>o</sup> Reliprax 400



PHARMACIE OMARIA CASABLANCA  
Rue 49 Lot Omariya Casablanca  
Hay Inada Ain Chicha 20200  
Tél: 05 27 22 11 70

2220 x 2 18g en cas de Crise

2<sup>o</sup> Codolipravine



2 g x 3 | j x 2j

PPV: 22DH20  
PER: 01/22  
LOT: J038

2 g x 2

PPV 22DH20  
PER 10/21  
LOT 12335

PHARMACIE  
OMARIA  
RUE 49 LOT  
HAY INADA  
AIN CHICHA  
20200  
TEL: 05 27 22 11 70

ACETYLIC Acid Rachid  
Pharmacie Générale