

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## biologie 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.

## éducation :

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.

## ntitaire :

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.

## ladie 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

N° P19-

051209

ND = 30436

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07739

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FADIL

Mohamed

Date de naissance : 14-10-1956

Adresse : Habsiuelle

Tél. : 0604331303

Total des frais engagés : 1000000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie  
Longue durée

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.

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 : ...../...../.....

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 et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		906,00

## **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	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la ~~deux~~ 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
00000000	00000000

### **(Création, remont, adjonction)**



# صيدلية سلما Pharmacie Palma

Mme Salma Benabderrahmane  
Pharmacien

## FACTURE

M. FA DIL Mshamed  
Date : 20/02/2023

Lot/Exp.:  
CN6666  
Y45040  
04/2021  
PPV 213DH00

Lot/Exp.:  
AN8430  
Y00868  
10/2020  
PPV 213DH00

XALACOM COLLYRE 2,5 ML  
P.P.V : 107DH60  
Date : 20/02/2023  
Doit : 107DH60

Qté	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	MONTANT
2	xalacom collyre	213,00	426,00
2	AMAREL 4 mg	84,00	168,00
1	xalocomi coly	107,00	107,00
1	AMAREL 4 mg	68,80	68,80
3	Glucophage 810 GM	45,20	135,60

LOT 200253  
EXP 02/2025  
PPV 45.20DH

45,20

Arrêtée la présente facture à la somme de

neuf cent six

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebâ Casablanca  
Amarel 4 mg. cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

6 116001 081325

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebâ Casablanca  
Amarel 4 mg. cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH

6 116001 081325

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebâ Casablanca  
Amarel 4 mg. cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

6 116001 081325