

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <b>7368</b>	Société : <b>RAM</b>	Autres : <b>11 AOÛT 2020</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>OUAKIAOUA HOUSSNI</b>		
Date de naissance : <b>04-10-1967</b>		
Adresse : <b>23 LTS HAJ FATIMA OULFA CASABLANCA</b>		
Télé. : <b>06688C3944</b>	Total des frais engagés	<b>580 / 30 Dhs</b>
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : <b>Dr. EL RHANI AÏSSI MAMADOU DÉLÉGATION DE BOUACER MINISTÈRE DE LA SANTÉ</b> 		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : <b>AÏSSI ALEXANDRE</b> Age : <b>60 ans</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <b>Dysfonction mentale</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>13 AOÛT 2020</b>		
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 : **CASABLANCA**

Le : **13 AOÛT 2020**

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVÉ 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
02/06/2016				IMP : 0000027191 Dr. EL BIRHANI AOUIMARIA Délégation de Mouacer La santé

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>STE PHARMACIE HAMZA CASA BLANCA</b> Lot 11 Haj faten Rue 611° 3 Lot. 64 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28	02/06/2013	590.30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

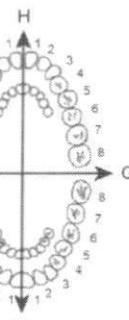
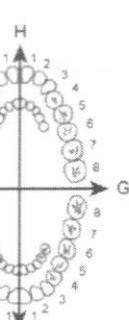
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

#### **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.

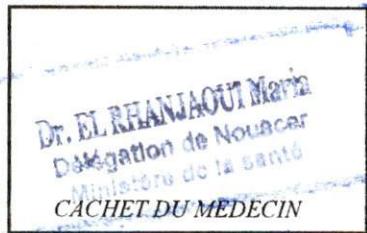
SOINS DENTAIRES	Deuts Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 26533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ROYAUME DU MAROC

ministère de la santé  
Délégation Province de Nouaceur



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مندوبيّة إقليم النواصر



## ORDONNANCE

A ..... le 08/06/2024



fah →  
127,60 x 3 = 382,80 DH  
for vac 15% →  
322,22 DH

32 STEPHARMACIE RAMZA  
S.C.C. LANCER  
Lot 100 fatah Rue 6 N°3 Lot. 64 1028  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28  
140 x 3 = 420,00 DH  
15% → 63,00 DH  
322,22 DH

87,30 x 2 = 174,60 DH  
Reshta 15% →  
174,60 DH  
595,30



FLAGYL 4%  
SUSP BUV FL 120 ML  
P.R.V : 32DH90  
PER : 2024/06/20  
LOT : 9123456789  
P.V : 2024/06/20  
Barcode: 6 118000 060390

