

## 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

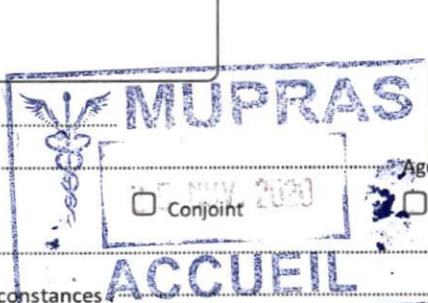
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-580815

ND 48781

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
1505			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		ESSAFHI JAMA	
Date de naissance :		27/07/1963	
Adresse :		ALLOT OCEAN DABOURA	
Tél. :	0661180075		
		Total des frais engagés : 57,30 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	



ACCUEIL

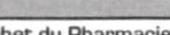
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

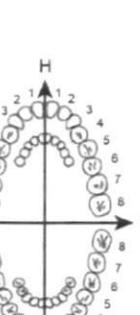
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/10/2020

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>BoudjELAINE WARTINI</b> <b>PHARMACIEN OUMRANE</b> <b>LAHLALI DAR KOUCH</b> <b>DAR EL OUAZZA</b> <b>DAR EL OUAZZA</b> <b>Tel 021 44 185 02 19</b>	1/10/2020	57,19

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXÉCUTION														
				FIN D'EXÉCUTION														
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 														
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411   11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412   21433552	00000000   00000000		D	00000000   00000000	35533411   11433553		B	
				H	25533412   21433552													
				00000000   00000000														
				D	00000000   00000000													
35533411   11433553																		
B																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
(List of teeth for prosthesis)																		
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																		

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV.:

PPV : 14, 30 DH  
UT AV: 02/2023  
LOT : 200208

759.836.03.19

6 118000 191032  
P.P.V. : 22,00 DHBoîte de 10 sachets  
Rhumi<sup>mix</sup>®

ments.

X 4/12

2023

14/12 14/12

14/12 14/12

21,00 21,00

A

22,00 22,00

Rhumi<sup>mix</sup>

Quantité Designation P. Unit. P. Total

M:

Facture N° 33

caisse le 1/01/2023

Said BOUZIANE WARTINI  
PHARMACIE AL QUIRANE  
LAHLALFA - DAR KOUCH  
DAR BOUAZZA  
022 - 55.52.54  
GSM: 081 85 02 19

GSM: 081 85 02 19

PHARMED | LOT:8431  
UT.AV:02-23  
PPV:21DH00