

# 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.

## Pathologie 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.

## 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

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.

Médecin

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2344

Société :

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : BELLOUADI

Autre :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 06 77 23

1954

1954

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Casab

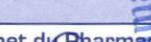
Le : 11/01/2021

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
19/12/90	1	1	9500	DR. BERNARD SOISSON - C.G.S.S.D. 052901807

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie El Ama</b> Rue 211 N°24 Hay Hassani Bd. Sidi Abderrahmane CASA Tel : 0522 90 31 00	19/12/20	384.50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 2 1 2 3 4 3 4 5 6 5 6 7 8 7 8 6 5 6 5 5 4 5 4 4 3 4 3 3 2 3 2 2 1 2 1 B	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 2 1 2 3 4 3 4 5 6 5 6 7 8 7 8 6 5 6 5 5 4 5 4 4 3 4 3 3 2 3 2 2 1 2 1 B			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



ORDONNANCE

Nom - Prénom :

Beldi Aissa Date: 19/12/2022

Abstinent

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 CLM AZZ Région Rabat  
LOT : 062  
PER : DEC 2022  
PPV : 121 DH 50

S.V.

1) Mycoffle 1% (pt.)

concernée, suivie d'un massage léger.

LOT : 042  
PER : MAT 2023  
PPV : 58 DH 00

PHARMACIE NAIMA  
CORD DU MÉDECIN  
Tél.: 0522 90 31 00

S.V.

Onyxine Véni x .

No 1°, mal .

neez . (S.V.)

58,00 Ali le 25

5 min Onyxine 1% .

384,50



Lot N° / BN° : **26553F/3**

Fab / Mfg : **06 2019**

Per / Exp : **06 2021**

PPV: 205,00 Dhs

AMM: 404/17DMP/21NNP

