

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5149 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YASSINE YASSINE

Date de naissance : 01-01-58

Adresse : Hop. Poly Abdellah Rue: 72 N° 23

GAR SLIM CA

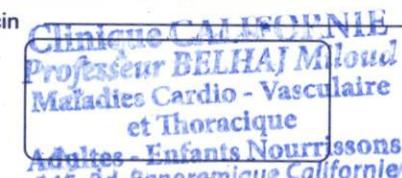
Tél. : 066641369

Total des frais engagés : 358,32

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/02/2019

Nom et prénom du malade : Beneghira Malika Age : 61

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA secondaire

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 : Allal Ben Abdellah

Le 16/02/2019

Signature de l'adhérent(e) : YASSINE

### 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
16/2/23	Ordonnance			<i>Professeur BELHAJ Miloud Maladies Cardio-Vasculaire et Thoracique Adultes - Enfants Nourrissons 545, Bd Panoramique California Casablanca - Tel: 0522 30 80 80 Fax: 0522 50 76 98</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA CHAOUA BENCHICHEB</i>	16/2/23	338130

### 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	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text



# **مصحة " كاليفورنيا " للدار البيضاء**

**Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h**

مستعجلات 24\24 ساعة

16 Februar 2023,

Mme Mahkra Béatrice Sahrir

63,300x<sup>3</sup>

80

Present

$y_1, y_0 x^2$

An h

**PHARMA**  
**ENTERTAINMENT**  
DR ENTHUSIASM  
HARRY MOURLY ADDELBERG  
S 6262 80 ZA 24 U-A

~~Rensselaer~~

Simon

63DH 30

63DH30

PPV 82 DE 70  
PER 10 / 25  
EST 1-34 87

**Clinique BÉCHAI Miloud**  
Professeur BÉCHAI Miloud  
Maladies Cardio Vasculaire  
et Thoracique

**Adultes - Enfants** **Nourrissons**

**BENCHIKH B.** **Casablanca** - Bd. Panoramique Californie  
Tél.: 0522 50 80 80  
Fax: 0522 50 76 93

**PHARMACIE INI**

PER. 09 20/06/2013 10 11 AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 550  
P.P.V: 41DH30

6 118800 010227

6 118000 010227  
CP SEC B50 O  
P.P.V : 41DH80  
6 118000 010227

العنوان