

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5316 Société : R.A., 7

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : M.R. JABER Mohamed

Date de naissance : 1954

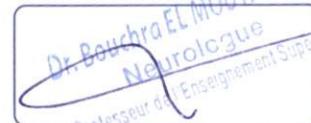
Adresse : Rue 9 N° 169 Latissat Sidi Abdellah

OULEFA - CASA

Télé : 634 6562 19 Total des frais engagés : 598 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/12/2022

Nom et prénom du malade : J. Abder Age : 68 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Parkinson

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Maladie de Parkinson

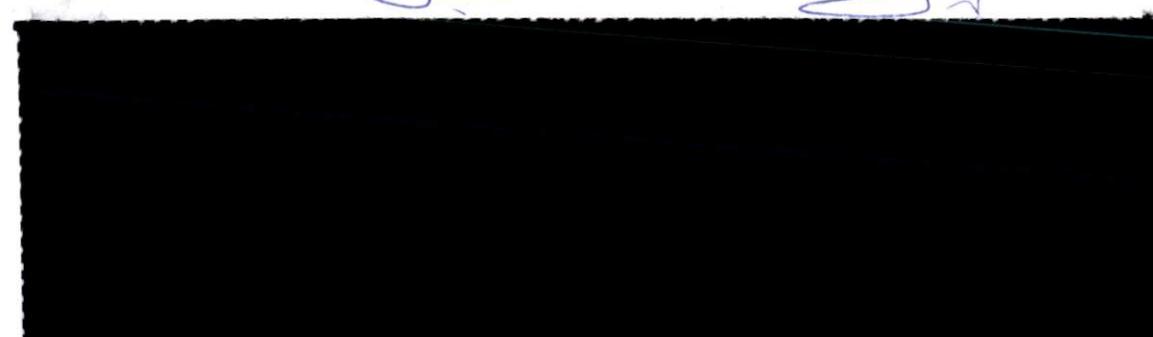
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie de Parkinson

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 : Casa le 27-12-2022 Le 27/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : J. Abder



#### **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
27/12/2022	(s)		350DH	 Dr. EL MOUTAALI Neurologie Enseignement Supérieur

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>SOPHARMACIE SAINT-LOUIS</b> SAINT LOUIS PARIS FRANCE	27/12/22	238.00

## **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	

**BEAUX 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A horizontal arrow labeled 'D' on the left and 'G' on the right indicates the direction of the dental arch. A vertical arrow labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom indicates the sagittal plane.

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTENDRE AINSI QUE VOTRE MÉDECIN

**clinique  
mers  
sultan**



**مصحة  
مرس  
السلطان**

27/12/2022

T-T Mous / Ahmed

Bouchra EL MOUTAWAKIL  
Neurologue  
Professeur de l'Enseignement Supérieur

298.00

D 9 mos PAR 28



1 comprimé =  
200 mg lévodopa  
50 mg bensérazide  
sous forme de chlorhydrate

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Abdellah  
Boîte 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

1/2 - 1/2 - 1/2 / 3 min

PHARMACIE SAIB  
AU  
SAIB  
BOUCHRA EL MOUTAWAKIL  
Neurologue  
Professeur de l'Enseignement Supérieur

**URGENCES 24H/24H**

64، شارع عمر الأدريسي (قرب حدائق مروخ) - الدار البيضاء - الفاكس 05 22 26 79 42

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42  
Tél.: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05  
الهاتف :

E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com

www.cliniquemersultan.com / ICE : 001728360000010