

# 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 : 6074

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN SARI ABDELHAKIM

Date de naissance :

22/03/50

Adresse :

Tél. : 0663536465

Total des frais engagés : 774,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/06/2013

Nom et prénom du malade :

M. Abdellah

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

cardiaque

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 :

Le : 18/06/2013

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
		2	300,00	BOUTAIB BE Dentiste - Radiologue - Ostéopathe Dr. Med Zektouni - Casablanca Tél: 0522 24 50 51

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél : 022 28 51 52		444,80 Dhs

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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"/>
		</		

Spécialiste des Maladies des OS  
et des Articulations  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Marseille (France)  
Médecin Expert Assermenté près  
les Tribunaux de Casablanca



الدكتورة لطيفة بوطيب بن ساري

إختصاصية في أمراض العظام  
والمفاصل (الروماتيزم)  
خريجة كلية الطب بمرسيليا  
(فرنسا)  
خبيرة محلفة لدى المحاكم

Casablanca, le 22/05/23

الدار البيضاء، في

## ORDONNANCE

N° BENSARI Abdellatif

40,20 Teguma 30  
x2 1 applicat

321,



254

39,20 Fucidine 2%  
x3 1 applicat

401)



45,20 Mycosol 1%  
1 applicat



49,60 Dine forte  
1 dose male / 1P



40,30 x3 Dofledol 80  
474,80 1IN



Dépo-Mé  
**80 mg/2**  
Médicamen  
322 964.8

EXP: 05/2023  
LOT: 20E27  
PPV: 49,60 DH

3 ampoules buvables

# D-CURE® FORTE

écalciférol 100 000 UI  
vitamine D3

Lisce

Uniquement :  
Respect  
pre

Fucidine® 2% por

Fusidate de sodium



Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g  
39,00

أنبوب من 15 غ

Fusidate de sodium



Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g  
39,00

% 2

Fucidine

Fusidate de so



Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g  
39,05

من 15 غ

**COOPER PHARMA**

**LOT N°: 160667**

**PER : 07 - 18**

**PPV : 70,00 DH**



**COOPER**  
PHARMA

41, Rue Med Diouri. 26 110 Casablanca  
Amina DAoudi : Pharmacien responsable  
Fabriqué par : Cooper pharma

Crème

مرهم

غ 30

LOT: 180298 PER  
PPV: 70,00 DH

Pierre Fabre  
DERMATOLOGIE

6 118000 011118  
MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V : 45DH20  
O