

## 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.

N° W21-766037

171530

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

00318

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FARESS MAÏKA INE MADRANE EL RACHIR

Date de naissance :

02.12.1951

Adresse :

95 RUE EL OURJAWANE HAYERRAH, BEAUSEJOUR

Tél. :

0624 26 01 72

Total des frais engagés : 435,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Ahmed BIDANE  
Dr. Eddha N° 09-08  
C.R.D.D. Casablanca  
05 22 20 45 45 (LG) - Fax 05 22 22 78 18

Date de consultation :

08.06.2013

Age :

Nom et prénom du malade :

FARIDA 88 MALIKA

Conjoint

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08.06.2013

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE						
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.						
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  	<b>Dents Traitées</b>  	<b>Nature des Soins</b>  	<b>Coefficient</b>  	<b>INP :</b> <input type="text"/>	
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
					<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>						

# ORDONNANCE

Dr. Ahmed BIDANI  
CARDIOLOGUE  
Bd. Eddiha N°13 - Casablanca 5 Sebata - Casablanca  
Tél: 05 22 23 18 72 - Fax: 05 22 59 74 03 - GSM: 06 61 17 10 15

Casa

Le: 08-6-23

Mme FADESS Malika

145,00 x 3

15

1) - Novorfan 300

1-0-0/2

T. 435,00

x 3 moris

Dr. H. SIDI BOUJDADE  
22, Rue Othmane Bey Erraha Ben  
Tél: 022.33.22.22 - Casablanca

Dr. Ahmed BIDANI  
CARDIOLOGUE  
Bd. Eddiha N°13 - Casablanca 5 Sebata - Casablanca  
Tél: 05 22 23 18 72 - Fax: 05 22 59 74 03 - GSM: 06 61 17 10 15

NOVORTAN® 300 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 141136

LOT : 9064  
PER : 11/24  
PPV : 145,00 DH

NOVORTAN® 300 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 141136

NOVORTAN® 300 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 141136

LOT : 9064  
PER : 11/24  
PPV : 145,00 DH

troc.  
LOT : 9064  
PER : 11/24  
PPV : 145,00 DH