

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

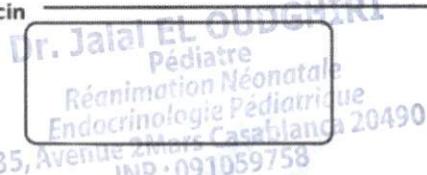
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

*A75554*  
 **Maladie**       **Dentaire**  
 **Optique**       **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
 Matricule : 8688 Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : SUATSSI Abdellah  
 Date de naissance : 22/01/67  
 Adresse : 348 Golf city Soubour  
 Tél. : 0661412699 Total des frais engagés : .....

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
 Dr. Jalal EL OUDGHIRI  
 Pédiatre  
 Réanimation Néonatale  
 Endocrinologie Pédiatrique  
 35, Avenue 2Mars Casablanca 20490  
 INP : 091059758  
 Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Ouhibi Nalak ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

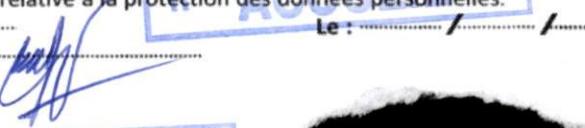
Nature de la maladie : Appétition Pédiatrique

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
25/10/23	5	1	300,00	INP : 
				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Tah Ain Chock Casablanca éphant : 0522-219-775 : 002173341000040 NIP 092070521	25.17.1293	179.62

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

## **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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<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"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

DOCTEUR JALAL EL OUDGHIRI

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Néonatalogie - Urgence

Endocrinologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Dijon

Ancien Médecin des hôpitaux de France



الدكتور جلال الوعري

الأطفال والرضع

المستعجلات

نفدت عند الطفل

طب ديجون

شارع العزيزية 2

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00

EXP 10/2025

LOT 20018 13

25/07/2023

OUAHBI MALAK

Age: 7 ans 1 mois 10 jours

Poids: 31,00 Kg

- CLAVULIN SACHET ENFANT  
1 Sachet trois fois par jour pd 07 j
- Effipred 20 mg - comprimé effervescents  
1 cp 1/2 le matin pd 3j
- Apiretil 100 mg / ml - solution orale  
dose n 31 quatre fois par jour
- Ixor 20 mg - comprimé effervescents  
1 cp le soir par jour pd 7J



PPU: 79,90 DH  
LOT: 651111  
PER: 06/24

