

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## ladie 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

Nº P19- 0045803

✓ Optique

Autres

✓ 00-30868

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00009 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité

Nom & Prénom : Mohamed CHABRAKHT

Date de naissance : 01/01/1925

Adresse : 39 Rue Mohamed El ADDAUI Les Sidiou Fès 1

App. 1 Bousgoune

Tél. : 06 66 48 66 77 Total des frais engagés : 349,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR EL ALAOUI MHAMDY  
Moulay Youssef  
Médecine Générale  
16, Rue Salé (A.M) Casablanca  
Tél / Fax : 0522 47 56 94

Date de consultation : 23/02/2010

Nom et prénom du malade : Chahzadkhil Mohamed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gémence

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 : 1/03/2010

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
23 06 2020	000	c	150.90	Docteur EL ALAOUI MHAMDY Moulay Youssef Médecine Générale 16, Rue Salé (A.M) Casablanca Télé : 0522 47 56 94

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE CASA SAINTE MARIE</i>	23-06-2020	19980

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

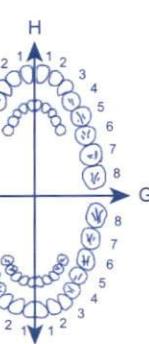
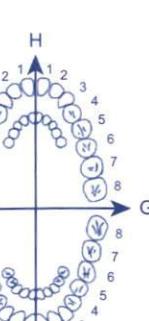
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	B			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Docteur El Alaoui Mhamdy Youssef*

## Médecine Générale

16, Rue Salé (en Face Jamaâ Chleuh)

## Ancienne Médina

Tél. / Fax : 05 22 47 56 94

## Casablanca

E-mail : ymhamdy@gmail.com



الدكتور العلوي المحمداني يوسف

الطب العام

## 16، زنقة سلا (أمام حامع الشلوح)

المدينة القديمة

الهاتف / الفاكس : 0522475694

الدار البيضاء

23 JUIN 2020

Casablanca, Le : ..... الدار البيضاء، في :

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 12/2022  
EDT 90021 6

5

32

MARRAKECH

Docteur EL ALAOUI MHAMDY  
Moulay Youssef  
Médecine Générale  
16, Rue Salé (A.M) Casablanca  
Tél / Fax : 0522 47 56 94

101  
052926187-CASUAL  
DAS500UL  
SAR-A.U.  
ARMACE  
i.e.: CASI BBS MARKKECH

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
**PPC : 89,90 DH**

# كزانثيوم® م.ت 300 ملغ

ثيوفيلين (على شكل مونوهيدرات)

60 كبسولة مديدة التحرير

عن طريق الفم

LOT 19A09 1

EXP 01 2022

PPV 51.50 DH



سوطيمـا  
Sotthema