

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

## **litions 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.

## **iologie 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.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03396 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHEDDADI ABDELLOUHA

Date de naissance : 19.01.58

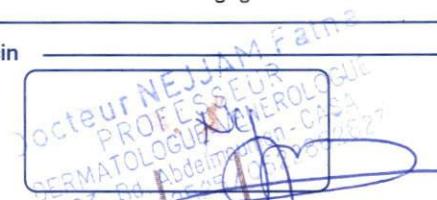
Adresse : 14 bt. NANDARONA 60 m. SIDI

MAAREUF CASA 20270

Tél. : 0673081985 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17.03.2010

Nom et prénom du malade : YOUSSEF BEN YOUSSEF

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Psoriasis

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 : CASA Le : 20/06/10

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/03/2020	C	1	350	DR. EL HADJ YOUSSEF ALI Professeur de PROTHÉSES DENTAIRES S.M.A.T. CASABLANCA Abdelmajid 0522.562555 0522.562555

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MEDICAL ALI Dr. El HADJ YOUSSEF ALI Loc. Et Path N°60 bis Cité Hassan II - CASABLANCA T/FAX: 022.562.11.18	17/03/2020	800,50

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

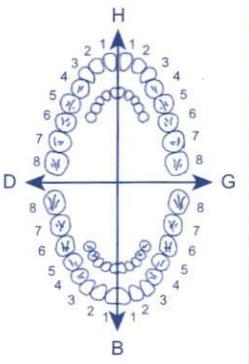
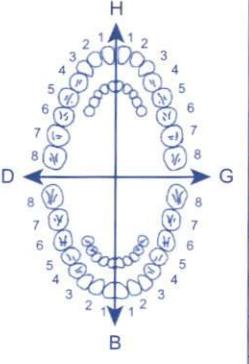
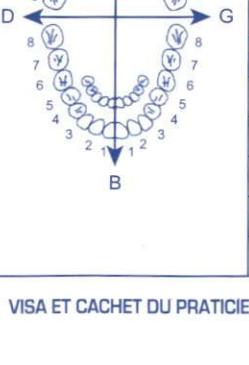
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la tient 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	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DÉBUT D'EXÉCUTION	FIN D'EXÉCUTION											
																		
<b>O.D.F</b> <b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	B	11433553				
H	21433552																	
25533412	00000000																	
00000000	00000000																	
00000000	35533411																	
B	11433553																	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	B	11433553				
H	21433552																	
25533412	00000000																	
00000000	00000000																	
00000000	35533411																	
B	11433553																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<b>DATE DU DEVIS</b>														
				<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>														

Professeur NEJJAM·Fatna

Ex. enseignante à la faculté  
de médecine de Casablanca

DERMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE  
LASER - PUVATHERAPIE

الدكتورة نجاء فاطمة  
أستاذة سابقة بكلية  
الطب الدار البيضاء

اختصاصية في الأمراض الجلدية و التجميل

Casablanca, le ..... 17/07/2020

432,00

LOT 19005  
PER 07/22  
PPV 432DH00

7<sup>me</sup> CHE DDA di

Ouafae

432,00

19 Valex 500

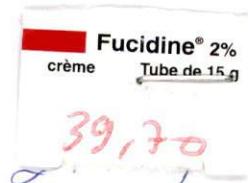


2 x ps 39,70; 27,50

PHARMACIE AHMED ALI  
Dr. EL JOURAIDI ALI  
Lot. El Fath N°50 bis  
701 Medina - CASABLANCA  
Tél/Fax: 052 27 32 16

39,70

29 Fucidine 050 ml



28,80

307 Vibamecyl Fort 1 ep 15



T = 500,50

293, Bd. Abdelmoumen, 2ème étage - N° 2 - Casablanca

Tél.: 05.22.86.25.25 - 05.22.86.26.27 - E-mail : docteur.nejjam@gmail.com

docteur NEJJAM  
PROFESSEUR  
DERMATOLOGUE  
293, Bd. Abdelmoumen  
05.22.86.25.25  
05.22.86.26.27