

# 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.

## Educations :

- 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.

## Prothèses :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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.

- Le contrôle radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie chronique 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

- Information : contact@mupras.com
- En charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0037782

ND: 32443

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10585 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KSIABA EL HARI

Date de naissance : 12 - 02 - 1963

Adresse : NICE ALA 58 Genet

Tél. : 0607 45 896 Total des frais engagés : 240,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 / 07 / 2020

Nom et prénom du malade : Montazig El Kbica Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maudelme, Anxiété

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

des	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07.2020	CS		150 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien u du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
08-22-20		91,82

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chet et signature du toire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

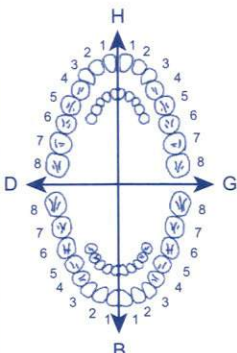
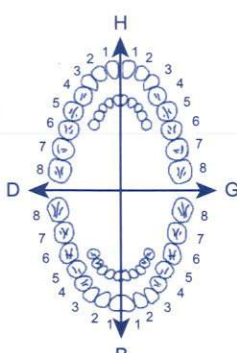
Chet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Sarah BELCAIDA**

**Médecine Générale**

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



**Ordonnance**

**الدكتورة سارة بلقيدة**

**الطب العام**

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع الحمل والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Berrechid le : 08.07.2020

Montazog Elkelbina

53,10

- Relaxol

up x 3 jr.

38,70

- Laroxy 25

up 1 jr de suit.

T=91,80



6 118001 040384  
**LAROXYL 25 mg**  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A.  
PPV: 38 DH 70



RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
LOT: 19E005  
PER: 09 2022  
6 118000 060833

Pharmacie NASRULLAH  
327, Lot nassirallah  
- Berrechid -  
Tél: 0522 33 68 30

Dr. SARAH BELCAIDA  
Médecin Généraliste  
20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah  
Bureau 8  
38 30

20. شارع محمد الخامس تجزئة نصر الله قرب مخبزة المدينة ( فوق BMCE بنك )  
20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid  
الهاتف : 05 22 33 68 30