

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

clamation : contact@mupras.com

rise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

S : 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

Nº P19-0029265

ND: 36287

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5165

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL JAOVHARI Mohamed

Date de naissance :

01/01/1955

Adresse :

Sidi Othman Bloc 44 N°58 Casab

Tél. 06 75 40 79 96

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelkader ACHARKI  
Oncologue Radiothérapeute  
INP : 091157321  
Ryad Oncologia Clinic

Date de consultation :

Bachir Ben Fakir

Age: 55 ans

Nom et prénom du malade :

Bachir Ben Fakir

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Mes phots des col.

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 Dr. / 06/02/2020

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
20/05/2020	Consultation	1	260	R.F. Abdelkader Oncologue Radiothérapeute INP : 091167321 Riyad Oncologia Clinic
20/05/2020	U.S.	1	260	
20/05/2020				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Tél: 05 22 37 19 83	20.06.2020	1416,80

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A circular diagram showing the numbers 1 through 8 arranged in a circle. The numbers are positioned as follows: top (H) has 1; top-right has 2; right has 3; bottom-right has 4; bottom (B) has 5; bottom-left has 6; left has 7; and top-left has 8. Arrows indicate a clockwise cycle: 1 to 2, 2 to 3, 3 to 4, 4 to 5, 5 to 6, 6 to 7, 7 to 8, and 8 back to 1.

#### **[Création, remont, adjonction]**

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



20/08/2020

M<sup>e</sup> Bakhoum Faouzi

1) Neuroleps 160  
9880 Ncp 3x45



2) Thaum ep  
2600x2 Ncp 3x45  
44.20x5



3) Difal cp  
34900x3 Ncp 2x45  
4) Iosens 0.4  
146.80 146/JX 8m



Pr. Abdelkader ALI  
Oncologie Radiothérapie  
INP : 091157321  
Ryad Oncologia Clinic

PPV: 25DH00  
PER: 01/25  
LOT: J328

PPV: 25DH00  
PER: 01/25  
LOT: J328

DIFAL®  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44,20 DH

6 118000 190349

IFAL®  
Iofénaïc sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44,20 DH

118000 190349

DIFAL®  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44,20 DH

6 118000 190349

DIFAL®  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44,20 DH

6 118000 190349

DIFAL®  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44,20 DH

118000 190349

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000ulantixa inj b6  
PPV : 349,00 DH

6 118001 080465

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000ulantixa inj b6  
PPV : 349,00 DH

6 118001 080465

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000ulantixa inj b6  
PPV : 349,00 DH

6 118001 080465