

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **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.

## **Dentaire :**

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

41897

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0017936**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7620 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BATASSA SABAH Date de naissance : 7.1.02

Adresse : HAYEL gouds Ds 12 L FAFR N° 6 Ben aouss

Tél. : 06 84 33 352 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

**DR MUSTAFA SOUZAL**  
MEDECIN GENERALE  
11.BD LAGUIRA ITISSAL 3  
BEN MSIK CASABLANCA  
TEL:0522571604-GSM:0664172589

Date de consultation : 13/7/2020

Nom et prénom du malade : BATASSA Age : Sabah

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DM1D

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) : .....

### 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
13-7-2	G		130,10	<i>DR MUSTAPHA MEDICAL SERVICES TÉL 257168</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACHI PHARMACEUTIQUE</i>	13-7-2	244,90 Dhs

### ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
</td				

Dr. MUSTAPHA AOUZAL

زال

44,30

## Médecine Générale

## Diplôme de Diabétologie

## Diplôme d'Echographie

## Diplôme d'expertise médicale

242600030-02

Casablanca, le 13-7-20

an, Jr. BATTASSA Siebel

7. Diakonow Urbo N2  
14.

~~7/22/28~~ 119.80  
21. Hoschka 10 G.M.  
ach.  
~~7/22/28~~ 35.20

~~7/7/07/08~~  
~~7/7/07/06~~  
~~7/7/07/05~~

7-0  
0-0- $\frac{1}{2}$

$\vartheta = 244.190\text{ DIA}$

SEP. 2020

BY MUST  
MED  
13

نوعية اتصال 3 بين مسيك الدار البيضاء (قرب باطيمات سباتة)

A photograph of a white rectangular label with printed text and a barcode. The text includes 'MUSTAPHA' at the top, followed by 'MEDECINE' and 'AD LAGOU'. Below that is 'ASK C' and a phone number '04-6572'. A red stamp on the left reads '18 SEP. 2020'. A blue stamp on the right contains numbers: '00905', '04 2023', '15 72', and '35,20'. A black pen has written '35,20' over the blue stamp.

11, Bd Lagouira Itissal 3 Ben Msik  
Tél. : 05 22 57 16 04 - GSM : 06 64 17 25 89