

# 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.

## Médecine 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.

## Dentaire :

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

Réclamation	: contact@mupras.com
Prise 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 11365 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENZAIDOUNE ANASS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 93 17 12 12 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BENZAIDOUNE Neem

Age: 16

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Anemie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

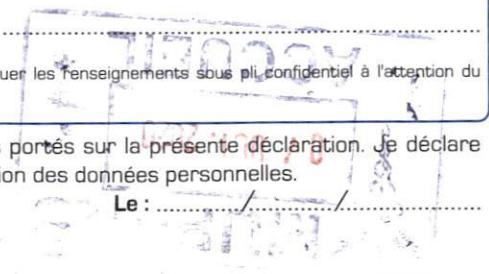
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 Horodaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/01/2011	~		300.-	<i>Spécialiste de la Santé mentale</i> <i>Dr. Béatrice Nettekoven</i> <i>Ordre des Médecins du Québec</i> <i>065-Boisbriand</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>ALMASSINA Oumarou</b> <b>SEHMOUSSA Oumarou</b> <b>Doceteuren Pharmacie</b> <b>15, Rue Rachid Ben Amme</b> <b>Tel. 0224.80.54</b> <b>EX-0224.80.54</b> <b>Montant de la Facture</b>	26.06.2020	

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

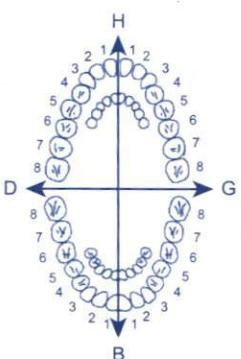
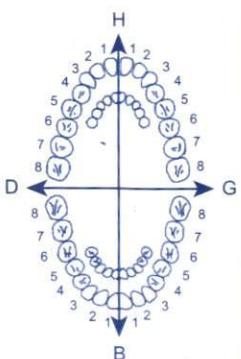
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la ~~do~~ 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 la radiothérapie.

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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'E

**Dr. Ahmed MOUADDIB**

Spécialiste en Hématologie Clinique  
Maladies du Sang, des ganglions et de la rate  
Greffé de moelle osseuse

**الدكتور أ. موهوب**

اختصاصي في الأمراض الدموية  
أمراض الدم والغدد الطحال  
زرع النخاع العصبي

Ex- responsable du service d'hématologie (Marrakech)  
Ex- Directeur - Adjoint du Centre de Transfusion (Casablanca)  
Ex- Médecin Attaché au service d'hématologie (CHU Casablanca)

رئيس قسم الأمراض الدموية سابقًا بمراكمش  
نائب مدير سابق بالمركز الجهوي لتحاقن الدم بالدار البيضاء  
طبيب ملحق سابق بقسم الأمراض الدموية بالدار البيضاء

Casablanca, Le .....

02/06/2007  
دار البيضاء في

elle Benjatoun Reem

26.00 X 6

Ac fol Smy

71,00

400 140 x 2

2 Audi feron 2

77,00 140 x 2

8 Simegen 2  
Adu in jet 420

PHARMACIE AL MESSRA  
Rue Rahal Ben Ahmed  
BENMOUSSA Casablanca  
Tél : 05 22 27 18 62  
Fax : 05 22 48 29 31

PHARMACIE AL MESSRA  
Dar Al Messra  
Rue Rahal Ben Ahmed  
BENMOUSSA Casablanca  
Tél : 05 22 27 18 62  
Fax : 05 22 48 29 31

شارع عبد المؤمن عمارة «أ» الطابق الثاني رقم 165 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 18 62 - الفاكس : 05 22 48 29 31  
165, Bd Abdelmoumen Résidence les champs Center Imm. «A» 2ème étage N°1 - Casablanca

Tél.: 05 22 27 18 62 - Fax : 05 22 48 29 31

# ACFOL® || 5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219006  
PER: 07-2023  
PPV: 26,20 DH

**28**

Comprimés  
Voie orale

# ACFOL® || 5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219006  
PER: 07-2023  
PPV: 26,20 DH

**28**

Comprimés  
Voie orale

# ACFOL® || 5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219006  
PER: 07-2023  
PPV: 26,20 DH

**28**

Comprimés  
Voie orale

# ACFOL® || 5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219006  
PER: 07-2023  
PPV: 26,20 DH

**28**

Comprimés  
Voie orale

# ACFOL® || 5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219006  
PER: 07-2023  
PPV: 26,20 DH

**28**

Comprimés  
Voie orale

# أكفول®

حامض الفوليك / أقراص

5 ملغ

28

قرصا  
عن طريق الفم