

# 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.

## adiologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## tre :

cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## et Affection Longue Durée ALD et ALC :

Déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

## sses Mails utiles

ation	: contact@mupras.com
n charge	: pec@mupras.com
n 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.

N°: 46694

Déclaration de Maladie

N° P19-

051474

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003086

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMEEDI

BETTA

Date de naissance : 01.01.1943

VILLETTAMA

Adresse : Hameedi ALI BEN Abdellah Rue 185 N° 23

MUSCARPA

Tél. : 0662 34 30 94

Total des frais engagés : 1290,50

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/11/2020

Nom et prénom du malade : HAMEEDI BETTA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Géopathie + Epiphysite + HTA

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 : CASABLANCA

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
03 Nov 2020		2	200 DA	د. محمد بن عيسى بن محمد محلف لدى المحاكم الطب العام شارع مارون البغدادي الهاتف: 0522 215 723 - 0522 211 307

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>15 05 22218315 INPE: 092028166</p>	07/07/2023	AUD 0,50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

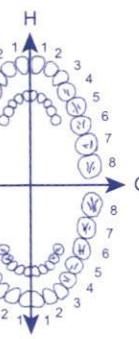
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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		Coefficient DES TRAVAUX
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS

**Docteur M'Hamed BENNIS**

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assementé près les Tribunaux  
Ex - Médecin Militaire

**Sur Rendez - vous**

**الدكتور محمد بنيس**

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابق

**الزيارة بالموعد**



Casablanca, le ..... **03/11/2020** ..... الدار البيضاء في

**81,40**

**Madame HAMEDDINE VEUVE LITAMA BRIK**

**1/ HEPANAT 400mg Cps**

1 cp avant le repas matin et soir

**2/ METEOSPASMYL 60mg Caps x 2**

2 capsule avant le repas matin et soir pdt 10 jours

**3/ OMIZ 20 MG BTE 28 x 3**

1 gélule après le repas matin et soir

**4/ ARGO SIROP x 3**

1 c à s matin, midi et soir

**5/ COVERSYL 10MG CP x 4**

1 cp après le repas le matin



**LOT : 2336  
UT-AV : 07-23  
P.P.V : 30DH50**



**167,30**

**167,30**

**167,30**

**167,30**

05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23 شارع 2 مارس - بين المدن - الدار البيضاء - هاتف عيادة 713  
713, Avenue 2 Mars - Bine Lamdoune - CASABLANCA - Tél.: 05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23

167,30

22,50

81,40

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

LOT N° : 1122  
UT-AV : 05-23  
P.P.V : 30DH50

# ARGO®

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml  
Suspension  
buvable  
Voie orale

LOT : 2927  
UT-AV : 08-23  
P.P.V : 30DH50

# ARGO®

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml

Suspension  
buvable

Voie orale