

# 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.

## Rééducation :

- 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

N° W19-545519

ND: 47073

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

578

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUHAFSI Jihane

Date de naissance :

Maroc 1 Décembre 1996

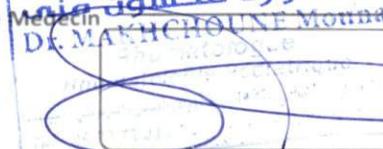
Adresse :

Maroc 1 Décembre 1996

Tél. :

0522210862 Total des frais engagés : 611,200

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

2020 15/12

Nom et prénom du malade :

SABIR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Aljer hum

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'attendeur conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 13/12/2020

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 Relevé des Actes
2020 13/12/21		8		INSTITUT Dr. MOUHSSINE MAXHCHOINE Moua 2020

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

PHARMACIE MOUHSSINE  
MOUHSSINE 2ème étage  
83, Av. 2 Mars Prolongée Inar  
Casablanca - Tel.: 05 22 21 09 76

17/10/20

Date

Montant de la Facture  
611120

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

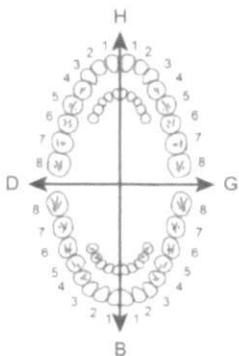
Nombre

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

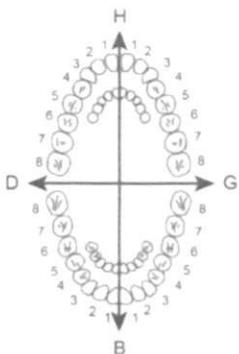
Montant détaillé des Honoraires

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations  
et de la colonne vertébrale (Sciatiques)

Les rhumatismes

Ostéoporose et la goutte

Rhumatologie Pédiatrique

Echographie ostéo-articulaire



الدكتورة مخشنون منى

طبية اخصائية:

Set 37,5 mg + 325 mg  
sol + Paracétamol  
sahés

30,00

6 118000 3314

أمراض العظام، المفاصل

أمراض الروماتيزم

هشاشة العظام و النة

أمراض الروماتيزم

فحص المفاصل

GAPREX® 75 mg

LOT: 193108 EXP: 03/22

PPV: 204DH00

6 118000 072188

2020 ٢٠٢٠

M° SABRIE Naima



Ngd le rot.



Ngd le dor

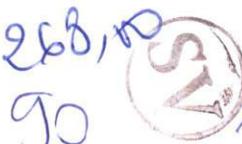


Pharmacie Moushine  
Mouloudine - 16, 05 22 71 09 76  
LOT: 207153 EXP: 08/23  
PPV: 109DH20

Arcoxia 90 mg  
14 comprimés  
P.P.V: 26000 DH  
Distribué par SDP/21/INTO  
ANM 453 16/09/21/INTO  
120916-1  
700276975

1885

1180001 160051



1 cp / 100 mg



Pr de

30,00

41 Fraah  
611,20

دكتورة مخشنون منى  
Dr. MAKHCHOUNE Mouna  
Rhumatologue Pédiatrique

LOT: 207153 EXP: 08/23  
PPV: 109DH20

6 118000 072157

للمام الشافعي الزنقة 16 تجزئة (ياء) القدس - البرنوسي

Tél. : 05 22 73 44 42 Email : mounamakhchoune@hotmail.fr

URGENCE 06 13 01 25 35

