

# 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.

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 059958

Optique 52075  Autres

### Maladie

### Dentaire

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2190 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RADIGIT ABDEL ALI

Date de naissance : 31/05/1955.

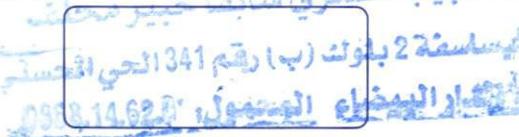
Adresse : Lissassa, lotissement AL KHOUZAM N° 59

Casablanca.

Tél. : 06 64 09 09 80 Total des frais engagés : 562,- Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M- RADIGIT ABDEL ALI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sevrage

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 18 DEC. 2020

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 : 15/11/2020

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
12				
12		1	150	
20		c		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIEL 24, Rue de l'Isle-Saint-Denis Extention - 75018 Paris Tél: 05 22 93 43 40	15/12/00	412100

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

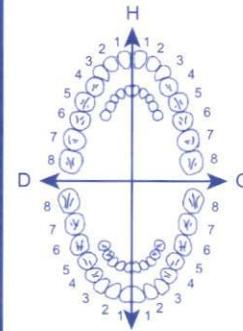
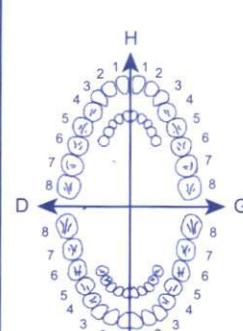
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

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   21433552 00000000   00000000 D —————— 00000000   00000000 35533411   11433553	B	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'EXECUTION

# ORDONNANCE

الدكتور وليم عبد الحميد

طبيب عسكري سابق خبير محلق

المسلفة 2 بلوك (ب) رقم 341 الحي الجعشن

أختار البيضاء المحمدية 0908.14.624

Cn Le : 15712/20

LOT: GA00321  
PER: 03/2022  
PPV: 110 DH 00

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 07/2023  
LOT 04018 6

P.P.V. 213.00 MAD

201752  
05-09-23  
30,60  
PHS  
24. RUE L'EXTENSION  
RUE 2 Lissasfa  
Extension - Casablanca  
Tel: 05 22 33 48 40

M RADOUH ABDEZ Ali

مروح ملخص Metunaz 30mg

58,40M Eff med 20 1ml/5 ml

213,00 31 Fortive 9/5

30,60 41 Nalgesic 14T 3ml

4112100 M

الدكتور وليم عبد الحميد  
طبيب عسكري سابق خبير محلق

المسلفة 2 بلوك (ب) رقم 341 الحي الجعشن  
أختار البيضاء المحمدية 0908.14.624