

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-487549

*Courrier*



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0903

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*Ben Hachdane Lahcen*

Date de naissance :

*5/01/1943*

Adresse :

*22, Rue Youssef N° 5 Agdal*

Tél. :

*0671701392*

Total des frais engagés :

*304,00 dh*

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : *RABAT 24/12/2019*

Le : *24/12/2019*

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

9

#### **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
27/03/2019		C 6		<b>MCRI SPCG</b> Médecin Spécialiste en Dermatologie et Chirurgie Plastique

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie AZ-ZAHRA</b> <b>Dr. Bensouda Mohammed</b> <b>Oussama</b> <b>7 Bis, AV. Oued Roman, Hay Al Inbiat</b> <b>Tel/Fax : 05 37 80 71 00</b> <b>E-mail : 102012978</b>		304,-

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>  FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>
	<b>H</b>			
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	<b>G</b>			
	<b>B</b>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

DATE : 24 / 11 / 2019

Royaume du Maroc المملكة العربية  
Ministère de la Santé وزارة الصحة

المركز الإستشفائي ابن سينا  
Centre Hospitalier Ibn Sina

المهد الوطني للأنكروجيا

Centre Hospitalier Ibn Sina  
**PHARMACIE AZ-ZAHRA**  
Dr. Bensouda Mohammed  
Oussama  
Bis. Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat  
TEL/Fax : 05 37 80 71 00

PPV  
34DH00

AZ 500 mg  
Antibiotique  
Boîte de comprimés PPV : 60 comprimés  
6 18000 19097

Mme Ghazouli

ép Benhaddouch

34.00

1) Osmosine sirop = 1c par jour  
60.00

2) AZ 500 : 1cp / J x 03 j

3) Panalgyic : 1cp x 3 / J  
14 x 15 = 210.00  
traike + de 03 mois

$$14 \times 15 = 210.00$$

$$= 304.00$$

Dr. NACIRI SIDI  
Diplômé en médecine et chirurgie générale  
en médecine interne et en médecine générale

LOT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00



U1 182327  
OT 11 2020  
EXP 15.00

15,00



OT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00



OT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00



OT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00



U1 180554  
EXP 03 2020  
PPV 15.00

15,00



OT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00



LOT 190093 1  
EXP 01 2021  
PPV 15.00

15,00

