

# 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.

## 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.

## entaire :

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 caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº P19- 0027738

ND 16728

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TAALAL Abd el hafid

Date de naissance : 01/10/60

Adresse : 606 boulevard

Tél. : 0673730831 Total des frais engagés : ... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/09/2013

Nom et prénom du malade : Fakir Youssef Age : 1963

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2

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 : 05/10/2013 Le : 25/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-027738

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7414 plz

Nom de l'adhérent(e) : 48140

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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
25.09.18	C			<i>Dr BELMOKHTI Médecin Généraliste Mers Sultan El Fidj</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AZIZI 23, Bd El Mokhtar - Sofia Tél : 05 30 50 25 ~	25.09.19	48140

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

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

## 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			Coefficient des travaux
			Montants des soins
			Début d'exécution
			Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

The diagram illustrates the 16-cell polytope in a 4D coordinate system. The axes are labeled H (up), D (left), and B (down). The vertices are represented by small circles, and the edges are shown as lines connecting them. The polytope is composed of 16 vertices, 32 edges, and 16 faces (icosahedra). The vertices are arranged in a specific pattern along the H, D, and B axes.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## ORDONNANCE

Mr/Mme

Lia Kha

dr BELMOKADDEM IDRISI Nadia  
Médecin Généraliste  
CIS Mers Sultan El Fida

25.09.19

$$950 \times 3 = 2850^{\circ}$$

1/ Xedilol 25 mg  
1cp/2 (III) (de 3 mois)

2/ Air lix cpl 10g  
1cp/1

Heuroreline crème

19 Rp x 310

dt 18m

PHARMACIE AZIZI  
DRAZIZI Sofia  
23 Bd El Maktouf - Hay Dziria  
Tél : 05 36 50 25 33 - Oujda

$$19,50 \times 2 = 39,00$$

$$1870 \times 2 = 15740$$

Glycom

Cachet du médecin

dr BELMOKADDEM IDRISI Nadia  
Médecin Généraliste  
CIS Mers Sultan El Fida

SV

Diamine

1cp/1

60  
III (3)

$$T = 1181,40$$



95,00

95,00



78,70

242600060-02

95,00

78,70

242600060-02

imprimés dosés à 500 mg

PPV 19.50 DH  
LOT N747 PER 06/22

imprimés dosés à 500 mg

PPV 19.50 DH  
LOT N330 PER 03/22