

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

Entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

acie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Sur les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

gie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être joints à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

e :

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

ication :

Entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de radio-éducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

e :

cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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.

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

me 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

clamation : contact@mupras.com

se en charge : pec@mupras.com

nexion 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

N° P19- 0044349

26966

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 319 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

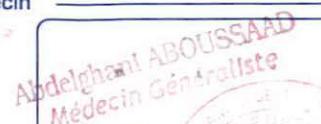
Nom & Prénom : REZKI JILALI

Date de naissance : 17-06-1941

Adresse : 3 RUE 3 HAY CHEMS CASABLANCA

Tél. 0522368008 Total des frais engagés : 1139,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 17/04/2010

Nom et prénom du malade : REZKI JILALI Age : 78 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Cardiopathie + Troubles Anxiens

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 : 1/1/2010

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| 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  |
| 17/01/20<br>C                  |                   |                       | <br>6 11888 100859<br>Cardensiel® 2,5 mg<br>Comprimés pelliculés sécables B/30<br>PPV: 54,10 DH | <br>INPE : 041135351 |

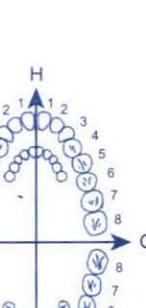
## EXECUTION DES ORDONNANCES

#### **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 d'explorations.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                            | Nature des Soins  | Coefficient |                         |
|--|---|---|-------------|-------------------------|
|   |   |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |   |   |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |   |   |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|  |   |   |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |   |             |                         |
|  | H   | 25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D ----- G<br>00000000   00000000<br>35533411   11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | (Création, remont, adjonction)            | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |             | 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'EXÉCUTION**

ROYAUME DU MAROC

ministère de la santé

Délégation Province de Naouceur



المملكة المغربية

وزارة الصحة

مندوبيّة إقليم النواصي

نواصي  
النواصي

CACHET DU MEDECIN

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam' - C.I.L  
Tél: 0522.94 65 30-CASABLANCA

**ORDONNANCE**

Casablanca Le 17/04/2020

Mr REZKI Jilali

5410 1/6 Cardeniel 21/27  
x6

3070 2/6 Kandegic 25-7  
x8

83.70 3/6 Deroxat 20/4  
x9

113930 4/6 Paracet 500 02/2018

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam' - C.I.L  
Tél: 0522.94 65 30-CASABLANCA

