

# 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.

## ptique :

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 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.

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

## 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **5.17**

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **BENABALLAH ABDELALI**

Date de naissance : **29/05/1946**

Adresse : **76 Bd grande ceinture Ain Diab  
CASABLANCA**

Tél. : **06.59.12.55.86** Total des frais engagés : **1451,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **27/05/2020**

Nom et prénom du malade : **ALAOUI LEMRANI AMINA** Age : **70ans**

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**  **Enfant**

Nature de la maladie : **Syndrome métabolique**

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 : **27/05/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Cheikh**

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Douar Rekkalat km 1, Dar Bouazza Tel. 05 44 44 44 44</i>	<i>27/05/2010</i>	<i>13.01, 70</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
D		
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. OUBALKASS Hind  
MEDECINE GENERALE  
Hay TANMIA, N°B42, 1<sup>er</sup> Etg  
SIDI RAHAL  
Tél : 05 22 96 94 53



## ORDONNANCE

SIDI RAHAL, le 27/05/2020 رحال، في :

9<sup>e</sup> Alaaoui Perrani Amina

$180 \times 3 = 540,90$  1) Tareg 160 →

149/3

$89 \times 3 = 267$  2) Cardia 26 J.

149/3

$97,60 \times 3 = 292,80$  3) Nocol 20 J.

149/3

$39,30 \times 3 = 117,90$  4) Al dextazine

149/3

$27,70 \times 3 = 83,10$  5) Cardioaspirine

149/3

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Dr. OUBALKASS H  
MEDECINE GENERALE  
Hay TANMIA, N°B42, 1<sup>er</sup> Etg  
Tél : 05 22 96 94 53

M de 3 m

TOTAL = 1301,70 M



LOT N°	UT. AV. :	P.P.V.	LOT N°	UT. AV. :	P.P.V.
1 2 0 8 1	1 2 1	39,30	1 2 0 8 1	1 2 1	39,30
1 2 0 8 1	1 2 1	39,30	1 2 0 8 1	1 2 1	39,30
1 2 0 8 1	1 2 1	39,30	1 2 0 8 1	1 2 1	39,30