

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

## Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

MUPRAS

RECEPTION

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2594

Société :

55846

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAHID Aicha

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : N° 74 Rue Ahmed Fassi Haggi El Massaoud  
Nouasseur

Tél. : 066 250 37.00

Total des frais engagés :

303,60

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Small MALKI  
Médecin général  
Lot Chabab 1, N° 102-Deroua  
TL: 05.22.03.42.20

Date de consultation : 04/01/2021

Nom et prénom du malade : Aicha CHAHID

Age : 73

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : pharyngite aigüe

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 : Deroua

Le : 14/1/2021

Signature de l'adhérent(e) :

AD

### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 04/01/21        | CS                | 18-20                 | 18-20                           | Dr. Smaïn Lot Chabab 1, N°102, Perouga<br>Médecin: Dr. Smaïn Lot Chabab 1, N°102, Perouga<br>TL: 05.22.53.43.28 |
| 04/01/21        |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE D'EROUA                      | 04/01/21 | 553,60                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

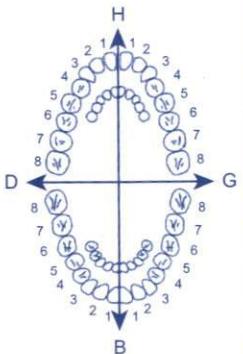
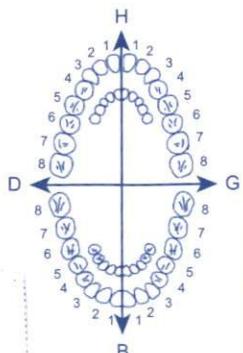
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|   |                |                  |             | Coefficient des travaux |
|  |                |                  |             | Montants des soins      |
|  |                |                  |             | Début d'exécution       |
|  |                |                  |             | Fin d'exécution         |
|  |                |                  |             | Coefficient des travaux |
|  |                |                  |             | Montants des soins      |
|  |                |                  |             | Date du devis           |
|  |                |                  |             | Date de l'exécution     |

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Dr.Smail MALKI

**Lauréat de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.  
Ancien Médecin interne à l'hôpital Périphérique de Berrchid.**



# الدكتور إسماعيل المالكي طبيب عام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي  
بيرشيد

## ORDONNANCE

DEROUA, le : 04.01.2011

|           |                       |   |   |
|-----------|-----------------------|---|---|
| <u>N°</u> | <u>Ach. C</u>         | <u>Dr. Smail MALKI</u>                        | <u>EFFIPRED® 20 mg</u>  |
| 58,40     |                       |   | PPV 59DH40<br>EXP 06/2023<br>LOT 04018 1                          |
| 11        | EFFIPRED 20           | S.V.  | 55,00   |
| 55,00     | 3 - - -               | S.V.  | 3,00  |
| 21        | <u>Effipred 20 my</u> | S.V.  | CELEBREX 200 mg   |
| 31        | 3,00                  | S.V.  | Boite de 20 gélules   |
| 2x150,00  | Celebrex 200 my       | S.V.  | Lot : 1180015<br>Date Fab : 08 / 2019 Date Ex :                   |
| 140,00    | Oldeas                | S.V.  | PPV : 150,00 D  |
| 11        | Dr. Smail MALKI       | Lot Chafab 1, N°1020015<br>Tl: 05.22.33.45.00 | Boite de 20 gélules   |
| 553,40    | Medi                  | 21 j  | Lot : 1180010<br>Date Fab : 08 / 2019 Date Ex :<br>PPV : 150,00 D |