

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## ééducation :

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.

## ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160

Société : RAM

60514

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOURouis Hassama

Date de naissance : 30/10/48

Adresse : 268, Bol ziroua N°7 CASA

Tél. : 0662717779

Total des frais engagés : 94,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : BOURouis Hassama

Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CASA

Le : 17/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/05/2022	44,70

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

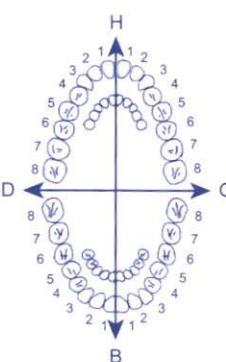
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte effectué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

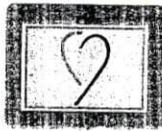
**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

عيادة استشارة و استكشاف (القلب و الشرايين)  
Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI  
Cardiologue  
Diplôme de la Faculté de Médecine  
de Toulouse - France



دكتور عبد الصمد (سيبتي)  
متخصص في مراضي القلب  
خرج كلية الطب بتوولوز - فرنسا

Casablanca, le 20/01/2010

Bourrous Hassan



SYNTHEMEDIC  
22 rue souleymane al aouam roches  
noires Casablanca  
HYTACAND  
8 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
28 DMP/21/NRG P.P.V: 94,70 DH  
6 118001 020881

aux 20 HYTACAND 8g 11/1  
ATC 100 1/2g  
Kandilie Abog 11/1  
Creston 10g 11/2 cps



aux 20



E-mail : drsebti@hotmail.com

33. زنقة اليمن - شارع 11 ينطير - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70

13. Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tel. : C. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70

PH. CROIX DU SUD  
MME KTIRI JOUNDY FATIMA  
62 RUE MED SEDKI  
CASABLANCA

Mme bouras hassania

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° ID.F. : 20763230

N° ICE 0017277710000

N° CNSS : 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

Le : 17/02/2021

FACTURE N°: 8285/21

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	HYTACAND 8MG/12.5MG B 30C	94.70	94.70
Total :			94,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUATRE-VINGT QUATORZE DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

