

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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

- 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 : 23411

Société : 62321

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELOUADI ABDELLAH M

Date de naissance : 19-3-1954

Adresse : 19 Lot Ain Diab II Casablanca

Tél. : 06 61 06 77 23

Total des frais engagés : 100000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/11/91

Nom et prénom du malade : Belouadi Abdellah

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Decubitus

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 : 04/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : Eddy

#### **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
15/11/91	Cx	CV		RAJIKhadji PERMATO-VENEROLOGISTE NOUVEL HOPITAL TUNISIE

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Najat</i>	15/01/21	586,300

Pharmacie Naima  
Tél: 92044569

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

#### 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 :**

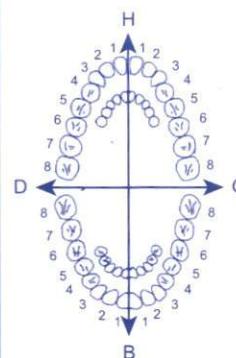
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Khadija RAJI**

Spécialiste des Maladies de la Peau  
des Ongles et du Cuir Chevelu  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Médecine Esthétique

**الدكتورة خديجة رجيع**

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر  
الأمراض التناسلية  
طب التجميل

**ORDONNANCE**

Nom - Prénom: Re Polensi Date: 15/11/91

Abderrahim

205,00 x 2

**S.V**

10% kina 5 %

ad ip 100 ml

2) deuxi aé

10 ml i

**S.V**

2) Ziflucur 1% (M6)

ad face serum

**Dr. RAJI Khadija**  
DERMATO - VENEROLOGIE  
392 Bd Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 90 18 07



Laboratoires  
Pfizer S.A.

DIFLUCAN 150MG 4 GELULES  
P.P.V : 176DH30

PIR  
ACRITES

Lot N° / BN° : **261032L/3**  
Fab / Mfg : **12 2019**  
Per / Exp : **12 2021**  
**PPV: 205,00 Dhs**  
**AMM: 404/17DMP/21NNP**

Lot N° / BN° : **261032L/3**  
Fab / Mfg : **12 2019**  
Per / Exp : **12 2021**  
**PPV: 205,00 Dhs**  
**AMM: 404/17DMP/21NNP**