

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

## **ctions 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.

## **rmacie :**

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

Autres

65459

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 3351 Société : RNM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JALAL ABD EL HAKIM

Date de naissance : 01/10/1960

Adresse : Bouchellayf, rue 59 n°59 Casab. MPRAC

Tél. : 0608158914

Total des frais engagés : 241.50 + 79.00 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/03/2021

Nom et prénom du malade : Youssfi Zakaria

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : pneumopathie Covid

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

Signature de l'adhérent(e) : 26/03/21



#### **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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/03/21        | CC                |                       |                                 | Hôpital Universitaire Intercommunal de ASSEZAN KANTHA AUSAM<br>Assézant - Assestant<br>Signature : <br>091925563 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date    | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
|  | 26/3/21 | 241,50                |
| <del>ICE-002794284000015</del>  | 26/3/21 | 79,00                 |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 1. Dr Bouchard - 328- Cassonca                      | 85   |                              |                        |
| Tel: 05 22 83 22 83                                 |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

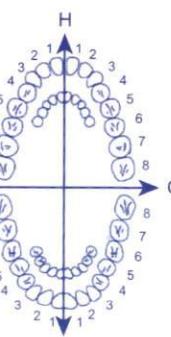
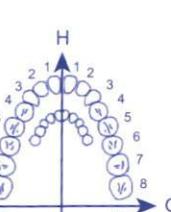
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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

| 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<br>MASTICATOIRE           |   |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |  |   |             | 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'EXECUTION



## **ORDONNANCE**

## **Bouskoura, le :**

2010/24

1) Doloctape 500mg  
400g 1cp \* 3lj forte für 8h

2) Zincotin

3) R300X2 1cp 1j SV

3) Vitamine C 1000 1cp 1j SV

4) Nervi infla 1cp \* 2lj SV

5) AZIX (x2) 1cp/j SV

7070X2 1cp/j SV

**PHARMACIE Mouna SENHAJAI**  
- SARL -  
Dabt El Miter N° 9 Rue 1  
Boukhentouf - Casablanca  
Tel: 05 22 28 40 23

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 LF  
TEL : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212



Nipissing University  
Middeccip International  
Anesthesia-Resuscitation



ZINASKIN®

400H90

EXP 11/2026  
LOT 0N039 7

**Vita C 1000®**

PPV 15DH30  
EXP 12/2023  
LOT 0N040 27

**Vita C1000®**

PPN 150H30  
EXP 09/2023  
LOT 08031 30

PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J3040

PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J3040

