

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

## Informations 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.

## 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

Reclamation : 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 à caractère personnel.

Matricule : 5183 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SHAMIA Fatima

Date de naissance : 01-07-58

Adresse : R. SANAA, Bd. Bourgogne N° 130 Casab

Tél. : 06.05.90.43.20 Total des frais engagés : 617,80 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/02/2021

Nom et prénom du malade : Shamia Fatima Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Lumbago + Affections bronchiques

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 : Casab Le : 05/04/2021

Signature de l'adhérent(e) : S. ACCUEIL Le : 05/04/2021



#### **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
22/01/2021	C		15000	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/2024	476,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 :**

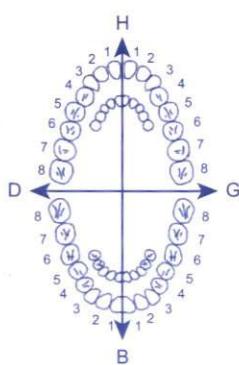
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachida Bengadi Berevahoud

الدكتورة بنوحود بنقدي رشيدة

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté Mohammed V

Medecine du Travail

D.U en diététique à la Faculté  
de Medecine de Montpellier

الطب العام

خريجة كلية محمد الخامس بالرباط

طبيبة الشغل

مختصة بالحمى و السمنة

خريجة كلية الطب بمونبولي

Casablanca, le 22/10/2021 الدار البيضاء، في

ORDONNANCE

Mme Shaima Fatima

87,50 x 3

10) Diclo 100  $\frac{1}{3}$  = 3



à mdp le matin

53,19 Relaxol



20) PHARMACEUTIQUE  
Haysadi  
Tel : 05 22 70 80 42  
CASABLANCA

96,00

30) T ne due pas le matin



40) 1149,00 Spentimex 500 u



40) 1149,00 Spentimex 500 u

20) 1149,00 Fehred  
Harrel 2



RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
LOT : 20E015  
PER : 03/2023  
6 118000 060833



LOT 200749  
EXP 05/2023  
PPV 149.50DH

PHARMA UT.AV:08-23  
PPV:20DH00

LOT : 9007  
UT. AV : 03-23  
P.P.V : 22 DH 00

22,00

ANTIBIO SYNALAR

19,40



27,50

27,50

27,50

- 6) Carter n° = 2  
19,40 le sac
- 7) 19,40 Antibio Synalar  
2 left x 3  
15,40
- 8) 10 poudre  
100 g x 3  
T = 176,80