

## POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions 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.

### Radiologie 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.

### Optaire :

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

clamation	: contact@mupras.com
ne en charge	: pec@mupras.com
ésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

Il garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

ND:

75818

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2521

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEJJADAGH KHADIJA

Date de naissance : 02.03.51

Adresse : RUE 32 - MR 43 - KERIMATE - CASABLANCA

Tél. : 06 36 76 22 79

Total des frais engagés : 71,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Age: .....

Nature de la maladie :

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) :

Le : 12/06/2021



# 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>AL HAMMAM MEDICAL DOAH Mourad Casablanca 05 22 21 33 13 05 61 08 55 05</i>	12/06/2021	71.10

## 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
		A M	P C	I M	I V	

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et les soins effectués.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	

  

O.D.F PROTHESES DENTAIRES										MONTANTS DES SOINS		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
H	25533412	21433552	CCEFFICIENT DES TRAVAUX									
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										DATE DU DEVIS	

  

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mme REDDAHIT  
• KHADIJA

CASABLANCA le 12.06.21

**FACTURE N° 15**

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
01	Primedat	47,20	47,20
01	paley Ad sup	93,50	93,50

P.P.V: 47 DH 20

LOT:543  
PER:06/23  
PPV:23,90DH

AS

AS

71,10

Annexe la prochaine  
facture à la fin d

71 offert 100 dh

FARMACEUTICAL IMAM MALEK  
Dr. MEDDAH Mourad  
Hay Lakemmat, Rue 28, N°64  
Casablanca, Tél. 05 22 21 33 13  
S. 06 67 03 35 05