

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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

- 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051648

ND : 704 68

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11272

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NADIF YASSIR

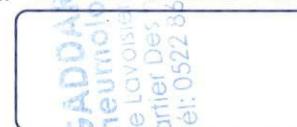
Date de naissance : 02/04/1977

Adresse : place du Temple, L'attissement stade d'honneur  
immeubl D, Appart 8a, Nadif CASA

Tél. : Total des frais engagés : 235,85 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

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 : CASA

Le : 08/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

#### **RELEVÉ 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
08.06.21	CG		G	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE LA VALLEE</b> Dr. Mohammed Amina AYOUBI lot Opération Lissasca E7 5901 CASABLANCA - Tél: 06 22 89 N°CE: 00205204800037	20/07/06 d/ Asia 239	235.80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**

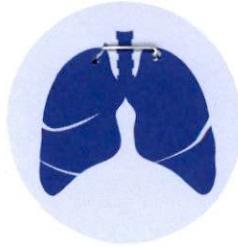
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. GADDAR Wassil**  
PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies  
Pathologie du Sommeil  
Arrêt du Tabac  
Spirométrie - Bronchoscopie  
Tests Cutanés  
Maladies professionnelles



الدكتور حضار واصل  
نفسي

45,80

بن  
الرئة



Casablanca le:

45,80

M Nadif Yalla

45.80xd

1- Cortamyl 20 mg SV

2cp ½ j. stat

PPV 24DH60 EXP 09/2023  
LOT 080302

POTASSIUM  
LAPROPHAN®

Sirop 125 ml

24.50xd  
2- Potan

SV

1 tab x 3/j

42,20

42.20  
3- Calcihi

SV

1 Cp/j

stat

LOT 200712  
EXP 01/2023  
PPV 52.80DH

52.80  
4- Odur 20 mg SV

SV

PPV 24DH60 EXP 03/2024  
LOT 110402

الراقي سبا (5 مصطفى متوفى)، الشقة 12 في المسكنات - الدار البيضاء.

11, Rue Abeu Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5ème Etage (avec ascenseur), appart.

£35.80

Urgence 06 77 20 20 24 05 22 860 444 drgad

ICE: 00202322000065

POTACELIM