

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## Rééducation :

- 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Nº P19- 0043776

ND:79491

Optique

Autres

Maladie       Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **09038**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

**HASSID - ABDELHAK**

Date de naissance :

**23-05-1962**

Adresse :

**Flamboyante**

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :



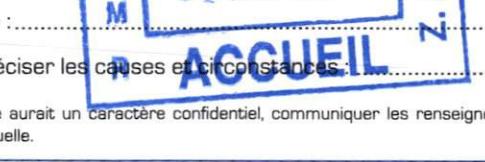
Nom et prénom du malade :



Lien de parenté :



Nature de la maladie :



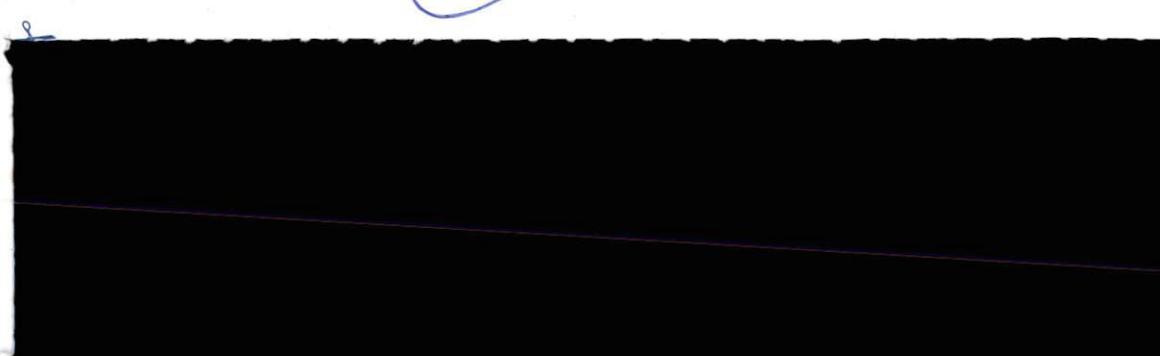
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **CKMLAICX** Le : **20 / 08 / 2021**

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
20.6.21		G 2	300 91	DR BENNAN Dr RECHIMALE 16/06/21

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>LAHBA BI AM</b> Bd de Boulogne - Casablanca Tel: 0522.27.35.82 0198 - ICE: 00165418700019 PE 092004639	 20-06 2021	 90,30

## **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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital Privé El Jadida  
المستشفى الخاص الجديدة

El Jadida, le 20. 6. 21

HASSID KHADIJA

SV

5. feBrea  
In-31

3F/jr → spot jr

PHARMED LOT : 6928  
UT.AV : 02-24  
PPV : 20DH00

\* Amoxicil 1g

55,00 26/j → pd. 7/j

PPV: 55,00 DH  
LOT: 645482  
PER: 06/22

a. Rh<sub>2</sub>WO<sub>6</sub>FeB no. 1

P-  
S.V.

14,30 Lef  
Fano BENNANI  
Anestesiste Réanimateur  
9,30

F f15  
Hôpital de l'Aérodrome de Québec  
Lot 32/500  
Tel.: 052-3301  
052-3302

LOT : 01447  
UT AV: 11/2023  
PPV: 14,30DH

L'aérodrome, Ouassat El Jadida lot 32/E Im. N°2  
Tél. : 05 23 36 78 78 - Fax : 05 23 34 19 21  
E-mail : direction@hpejjadida.ma  
Site web : [www.hpejjadida.ma](http://www.hpejjadida.ma)