

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

## ditions 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.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07140 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DAHAN RKIA

Date de naissance : 01/01/1981

Adresse : HASSIMELLE

Tél. : 06 61 44 78 19 Total des frais engagés : 276,50 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. RAHMAN RKIA

Date de consultation : 30/07/2021

Nom et prénom du malade : DAHAN RKIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Moust

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Moust

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 : Berrachid Le : 08/08/2021

Signature de l'adhérent(e) : MUPRAS

ACCUEIL

## 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
30/01/2024	5	1	100000	Signature de Dr. Khatya ALEXANDROVNA CHISTOPOLOVA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. IMANE ZINNE Sté Pharmacie le Grand Bassin Lot 345 Lot Naqrallah - Beyrouth Télé: 01 26 03 54 INPE: 062 03 54	31/07/2020	276,50

## 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Mle 7140

# Clinique Ain Chock

## CLINIQUE AIN CHOCH

CLINIQUE AIN CHOCH  
510, Avenue 2 Mars Haddaouia II  
Tel 0522 21 21 88 / 0522 50 13 50  
Fax 0522 21 64 68 Casablanca

### ORDONNANCE

Dr. IMANE ZINEB  
Sté Pharmacie 345 Lot 345  
Lot 345 Lot 345  
Tél. 0522 21 64 68 Casablanca  
INPE: 062105

31/07/2021

Am

DAHAN

RAIA

22,20 x 2



① Codolipine (10j)  
150.00

100 x 36 ml



② Celebrex 200mg (07j)  
100 x 21 ml  
82.10



③ Invekin 200mg  
276.50

100 x 10ml

NB = boîte 10 1/2 doses

Karim THE 3  
Orthopedic

PPV: 22DH20  
PER: 04/23  
LOT: K1227

PPV: 22DH20  
PER: 04/23  
LOT: K1227

Lot: 12062020  
Exp: 04/2020

PPV: 150.00

SYNTHEMEDIC  
22 rue soueir binou et aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boite 14  
64015DMP/21/NRQ PPV: 82,10 DH  
6 118001 020591

Dr. IMANE ZINEB  
Pharmacie le Grand Boulevard  
Lot 345 Lot Nasrallah - Berrechid  
Tél: 05 22 03 59  
TPE: 06210522

Dr. IMANE ZINLB  
Pharmacie le Grand Boulevard  
345 Lot Nasrallah - Berrechid  
Tél: 05 22 03 59  
TPE: 06210522

Dr. IMANE ZINLB  
Pharmacie le Grand Boulevard  
345 Lot Nasrallah - Berrechid  
Tél: 05 22 03 59  
TPE: 06210522