

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES 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.

## **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.

## **que :**

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

## **Education :**

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.

## **Optique :**

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



## **Déclaration de Maladie**

N° M21- 0026932

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 04387 Société : RAAI 81725

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BOURAYAO YADIB

Date de naissance :

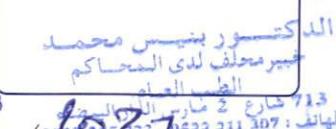
Adresse : HABIBOUELLAH

Tél. 0669232544 Total des frais engagés : 136,- Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/08/2021

Nom et prénom du malade : JAHIB ZOEBI DOST Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Pharyngite

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 Le : 25/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Paiement des Actes
02 Aout 2021	C2 -	G		 دكتور هشتن إل سعيد الطبيب العام شارع 2 مارس الباريسي الهاتف: 0522 215 723 - 0522 211 307

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/2021	136,30

## **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.

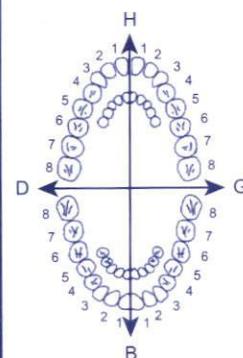
### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H								
D	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </tbody> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552								
00000000	00000000								
00000000	00000000								
35533411	11433553								



### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux  
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous



# الدكتور محمد بن尼斯

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلل لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابق

الزيارة بالموعد

Casablanca, le ..... 02/08/2021 ..... الدار البيضاء في

Madame JABI Zoubida

29/7/2021  
1/ AZIX 500MG CP BTE DE 3

1 cp après le repas à midi

15/8/2021  
2/ DOLIPRANE 1g Cps Effér bte 8 x 2

1 cp après le repas matin et soir

28/8/2021  
3/ DRILL Toux sèche Sirop SS Ad

1 c à s matin, midi et soir

PPV: 14DH00

PER: 07/24

LOT: K1853

الدكتور بن نيس محمد  
خبير محلل لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابق  
الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 215 307  
fax: 0522 311 307

PPV (DH) :

25 DH

LOT N° :

UT. AV. :

Drill

Toux sèche

**ADULTES**

sans sucre