

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## Pathologie 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.

## 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.

## Prothésaire :

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

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

Optique

Autres

8223A

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1110 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAARIFI LARBI

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : 16 RUE 1 HAM ELHOUADA

BERRECHID

Tél. : 0661139022 Total des frais engagés : 559,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BEKKAI Laâla  
134, Bd. El Fida Hay Yasmina  
BERRECHID  
GSM. 061 56.93.14

Date de consultation : 02/08/2021

Nom et prénom du malade : ELFAI ROVKI Mouloud

Age : 63 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Epigastrialgia (lombalgia) et crise - dépression

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 : Berrechid

Le : 01/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

hif

## 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
02/01/2022	C	1	150 DH	Dr. BENAHMED HASSAN TSA, Bd. El Fida Hay Yassina TÉLECHARGER GSM: 061 51 85 14

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHarmacie Mosquée Riad Dr. SILEHAN TAMIR N° 1-2 Mosquée Riad Riad (A côté du Stade Sportif) Bensachir Tel /Fax: 05 22 33 68 22	02/08/21	409,90

## 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'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	B G			MONTANTS DES SOINS
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BEKKAI Laila  
Médecine Générale  
Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلي  
الطب العام  
خريجة كلية الطب ب Dakar

Dr. BEKKAI Laila  
Berrechid, le 29/8/2021  
134, Bd. El Fida Hay Yasmina  
BERRECHID  
MMSM. 061569314

برشيد في :

## ORDONNANCE

M - EL FARouki Malika -  
M 14900

1 - ODEZ 20mg SV no 1/56  
40,80 1 - 0 - 1 x 28  
LOT: 201799  
PER: 05-2023  
PPV: 140,00DH

2 - MOTILIUM SV  
32,90 1 - 1 - 1  
MOTILIUM 1MG/ML  
SUSP BUV FL 200 ML  
P.P.V: 40DH80  
6 118000 011040

3 - DOGMATIL 50mg SV  
60,40 1 - 0 - SV  
DOGMATIL 50mg  
20 Gélules  
P.P.V: 32DH80  
5 118000 061199

4 - BI - IN 60 600 mg  
38,70 0 -  
PPV 60DH40 EXP 12/2023  
LOT 000215

5 - CALCIROXAT 80 mg  
36,70 0 -  
PPV 38DH80 EXP 04/2024  
LOT 000282

6 - IEXOMYL 600mg  
T 1409,9314 -  
Dr. BEKKAI  
Bd. El Fida Hay Yasmina  
BERRECHID  
36. TOBE

06 61 56 93 14 , شارع الفداء ، حي ياصمينة الطابق الأول - برشيد الهاتف :

134 Bd El Fida , Hay Yasmina , 1 er Etage - Berrechid - Tél : 06 61 56 93 14