

# 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.

## 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.

N° P19- 065024

Optique

Autres  
A.M.  
EG

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2957 Société : NAT (82809)

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL Nour Roudine

Date de naissance : 01-07-1956

Adresse : N° 1044 ADR 88 E

Tél. : 0675684193 Total des frais engagés : 1140,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/03/2021

Nom et prénom du malade : EL HAIL Nour Roudine Age : 65 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 13 EKRECHIN Le : 21/03/2021

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
21/08/21	CS et EC	+	250,00 \$	<i>DR M. BARDIN</i> CARDIOLOGUE 1 Bd Med V, 75016 PARIS Dptement de Cardiologie Bureau N°16 BERREQUIN Date de 23/08/21
10/08/21	Control		90,00 \$	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Pharmacie ALAFAD Montant de la Facture 135 Rue Abou Madi BERRECHID Tél: 0522 33 64 01 890.80
---	------	---

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Ordonnance

PPV : 148DH00

Lot n° :

Exp. :

Berrechid, le : .....

Berrechid le : 21

PPV : 148DH00

Lot n° :

Exp. :

**Mme EL HAIL NOUREDDINE**REGIME PAUVRE EN SEL

$$148 \times 3 = 444,00$$
COSTARVAL 80/12.5 MG

1 Cp/J matin à jeun

$$23,80 \times 3 = 71,40$$
ASKARDIL 160MG

1Cp/J à midi après

BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

$$187,70 \times 2 = 375,40$$
ULORIC

1 Cp/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés

 PPV 23DH80  
 EXP 01/2023  
 LOT 04009 4

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés

 PPV 23DH80  
 EXP 04/2023  
 LOT 12010 2

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés

 PPV 23DH80  
 EXP 04/2023  
 LOT 12010 2

 LOT 126039  
 MFG 08 2020  
 EXP 08 2022  
 SN JPDEXQ8G5CZWGQ

 LOT 126040  
 MFG 08 2020  
 EXP 08 2022  
 SN 8JUK3QRQGUZULJ
PPV  
187DH70PPV  
187DH70

148DH00

Pharmacie ALAFAL  
 135 Rue Jilaa Abou Madi  
 BERRECHID  
 Tel.: 0522 33 64 01

DR KHADRE MOHAMED  
 CARDIOLOG  
 11 - Bd Med V. 1<sup>er</sup> Etage  
 Tel: 05.22.32.80