

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **adiologie 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**

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



## **Déclaration de Maladie**

N° P19- 057405

ND: 87746

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20 82 01

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAATAR AICHA YVE BenRAFALIA ABDERRAHIM

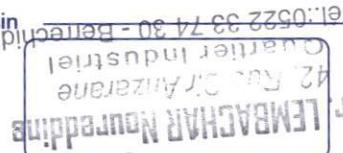
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 60 51 29 41

Total des frais engagés : 200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/08/2021

Nom et prénom du malade : LAATOUR AICHA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ED

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

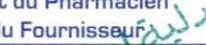
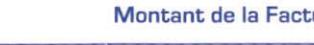


## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/08/2021	C	X1	130,24	Dr YEMDAD HIR NABIL 42, Rue Bir Al-Zarq Quaiier Industriel 22337430 - Berre

**CUDAPHIM**  
42, Rue Bir Alzizar  
Quartier Industriel  
0522 337430 - Berrechid

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie IBN ROCHD</b> Dr. LHACHIMI HAFSA 30, Rue Moulay Idriss Laazhar Tél.: 0522 32 70 47	20/08/2021	 <b>Pharmacie IBN ROCHD</b> Dr. LHACHIMI HAFSA 30, Rue Moulay Idriss Laazhar Tél.: 0522 32 70 47

## **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 canalaire, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

Docteur LEMBACHAR Nourddine

MÉDECINE GÉNÉRALE

الدكتور لمبشار نور الدين

الطب العام

Certificats de compétences :

• Gyneco obstétrique (DIU)

• Échographie générale

• Dans le traitement de la douleur



Fait à Berrechid le

شهادة الكفاءة :

• طب النساء والتوليد

• الفحص بالصدى

• علاج الآلام

20/08/2021

55,00

Dusel 19

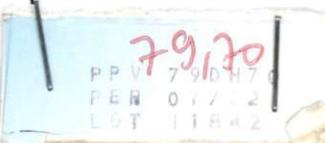
LAATOUR Ad



PPV: 55,00 DH  
LOT: 645740  
PER: 07/22

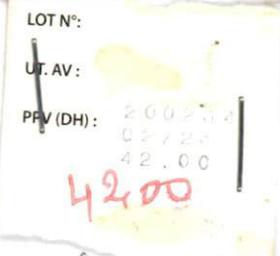
79,70

Afix M



42,00

Dusel 20



14,80x2

Dr. Lembachar Noureddine

30,00

Nodol Rev

30,00

102

266,80 Dusel 20

14,80

42, Rue Bir Anzarane Quartier industriel - Berrechid - Tél : 0522 33

0522 33 74 30 - الهاتف : برشيد - الحي الصناعي، بير انزاران

