

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03097 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : Veuve

Nom & Prénom : ABOUT AIB. FATIMA

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : 285 Lot. EL WAFA ANY DEROUN. Berrechid

Tél. : 06 45 07 26 11 Total des frais engagés : 1012,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/09/2012 Lot. Raja

Nom et prénom du malade : ABOUT AIB. FATIMA Age : 61 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Symptome grippal

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 : 29/09/2012

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 attestent le Paiement des Actes
29 SEPT 2021			150 DA	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/09/2021	862,80

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

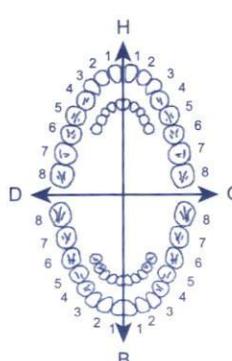
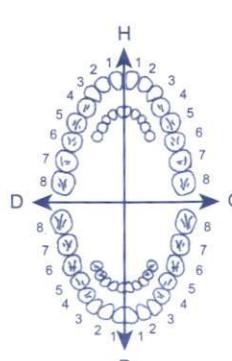
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Abderrahim JARNANE

الدكتور عبد الرحيم جرنان

Médecine Générale

Spécialiste en Médecine du Travail

Diabétologie

Nutrition et Diététique

Echographie

E.C.G

Mésothérapie



الطب العام

أخصائي طب الشفط

علاج داء السكري

التغذية - الدمية

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الميزوثيرابيا

29.09.21

د السوالم في

جزء الرجاء كل 30 زاوية شارع  
Had Soualem le

عنوان وامير المؤمنين الحسن  
BP 10

05 22 96.40.26 - 05.22.96.40.28

ABDUTAYEB. FATHA.

66,00 x 2

1. Dimygine 500 (5) 141. x 1

15,30

1/2 et 1/5 x 6

2. Vitamine C 250 40,90

66,00

Vita C 1000

PPV 15DH30  
EXP 06/2024  
LOT 16080 13

ZINA

PPV 40DH90 EXP 07/2024  
LOT 15038 77

3. Zinaskin

49,60

1/4

20 comprimés effervescents

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21F22  
EXP: 06/2024

Scampex 132

66,00



Lot Raja I N° 28 Had Soualem

Tél. : 05 22 96 47 36 - GSM : 06 63 72

PPV: 14DH00

PER: 07/24

LOT: K2119

14,00

86,8

tmail.com

L O T 2 1 1 9 3 4 1  
E X P 0 7 2 0 2 3  
P P V 3 4 7 , 0 0 0 P

347,00

L O T 2 1 1 2 7 6 4  
E X P 0 7 2 0 2 3  
P P V 3 4 7 , 0 0 0 P

132,00

L O T 2 1 1 2 7 6 4  
E X P 0 7 2 0 2 3  
P P V 3 4 7 , 0 0 0 P

132,00