

# 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

- |                                                           |                       |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

**89218**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **10218**

Société : **RAM**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **EL HAIL Abdelillah**

Date de naissance : **01 - 04 - 1957**

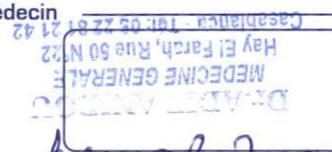
Adresse : **Driessia 3 BD Mohammed VI N°835 ETG3 Casablanca.**

Tél. : **0663067929**

Total des frais engagés : **306,10 Dhs**

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **28/08/2021**

Nom et prénom du malade : **EL HAIL Cheymar**

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**

Nature de la maladie : **Dermose**

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 : **La sablanca**

Le : **20/10/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



## **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
26/11/21	G	-	707,00	 MEDICINE GENERALE HAY EL HACH, Rue 60 N°22 Casablanca - Tel: 06 22 84 74 22

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE TAHA HOUSSINE</b> <b>EL MORNAKI RACHID</b> Dr. en Pharmacie Hay Idrissia II Av. B N° 13 Tél : 05 22 85 22 25 - Casa	26/08/2021	156,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

DATE DU  
DEVIS

# ORDONNANCE

Dr. ABDERRAHMANE ALI BEN HADDOUCHE  
MEDICINE GENERALE  
Hay El Farah, Rue SDN N°22  
Casablanca - Tél. 05 22 81 21 42

26 AOUT 2021

Le :

El Mil chame

116,70

floxin 500

Tarif 13

39,70

Fucidine 15

Tarif 13

116,70

Dr. ABDERRAHMANE ALI BEN HADDOUCHE  
MEDICINE GENERALE  
Hay El Farah, Rue SDN N°22  
Casablanca - Tél. 05 22 81 21 42

**FLOXAM®**

24 gélules 500 mg



PPV 116DH40 LOT 0D0242  
EXP 02/2023

Fucidine® 2% crème

Tube de 15 g



6 118000 120582

وسيدين ٢%  
أنبوب من 15 غ

39,70