

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions 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.

## radiologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

9492

102089

## Déclaration de Maladie : N° P19-0004494

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9492

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL H.D.R.Ry. Mohamed

Date de naissance : 01.01.1953

Adresse : Lot Hajj Fateh N°132

Tél. : 06 65 03 42 29 Total des frais engagés : 486,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2012

Nom et prénom du malade : chouekh kertifa

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

lubay

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
05/01/2022				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>ARMACIE AN-NIA</b> Assala - Imm 18, 4A - Oulfa Casablanca - Tel: 0522 93 46 22	5/11/2022	 <b>SHARMACIE AN-NIA</b> établissement Assala - Imm 18, 4A - Oulfa Casablanca - Tel: 0522 93 46 22

## 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 de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H		G	
D	25533412 00000000	21433552 00000000	G
B	00000000 35533411	00000000 11433553	
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS			

Dr. Asmaâ FAIK ESSAOUDI

Omnipraticienne

Diplômée en échographie

Diplômée en Gynécologie

✓ Suivi de grossesse et Infertilité  
de l'université de Bordeaux



الدكتورة اسماء فائق السعودية

طبيبة (رجال - نساء - أطفال)

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

شهادة طب النساء متابعة الحمل

صعوبات الانجاب و العقم

من جامعة بوردو فرنسا

143,30

L.C.T. 143,30  
E.X.P. 08/01/2023  
P.P.V. 143,30 D.P.

143,30

L.C.T. 143,30  
E.X.P. 15/01/2023  
P.P.V. 143,30 D.P.

## Ordonnance

le

05/01/2022

ATOUIECH LATIFA

SV



Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRQ  
P.P.V: 56.60 DH



إقامة اليسر 1B GH 07 شقة رقم 1 الطابق السفلي، فرح السلام، الألفا-البيضاء-الهاتف : 05 22 89 41 42  
Lot. AL YUSR, GH 1B, Imm. 07 Appt. 1RDC, Farah Slam, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 41 42