

# 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.

## Médecine 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.

## Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothèse :

cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

Facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

radio-après soins est obligatoire, en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie Chronique ALD et ALC :

Déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

## Adresses Mails utiles

Information	: contact@mupras.com
en charge	: pec@mupras.com
ion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie *M. H. J.*  Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2582* Société : *RAM 3808*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *HOURI*

*Abderrahmane*

Date de naissance :

*01/01/1946*

Adresse :

*90, Residance Nour Anira  
My Abdellah / EL Jadida*

Tél. : *06.72.83.51.37* Total des frais engagés : *335,90* Dhs

## Cadre réservé au Médecin

**Dr.GUEROUAL Youssef**  
Médecine Générale  
résidence doua immeuble A 1er Etage  
N°1 Boulevard Mohamed V

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : *EL Jadida*

Le : *15/10/2022*

Signature de l'adhérent(e) :

*Jam*

## 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
11/12/22			14000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/2022	14000

## 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
		AM	PC	IM	IV	

## 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient				
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth							

Nom : Rhazlane Aïcha Le : 11/02/2022

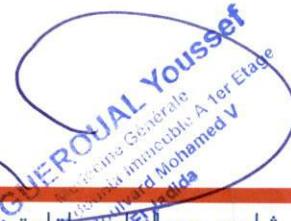
79, 50  
I have a box  
→ 81 f for 5 f  
39, 99

39,90 23 Zadane

uorso 3ica AS

~~36<sup>uo</sup>  
4 Ropred 207  
39.6 m² fdt 4j~~

1911  
5 Sbde  
75 ml x 37 fl



شارع محمد الخامس، العقار A، الطابق الاول (عيادة الدكتور كحيل سابقا)  
Résidence Dounia Immeuble A 1<sup>er</sup> étage N° 1 Boulevard Mohamed V  
(Ancien Cabinet du Docteur Kahil)

79,30

# لوفانيك®

بيوفولوكاسيبين

مبلغ 500

أقراص مغلفة قابلة للزكسار  
عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الليلة	صباح	النهار	الليلة
ـ	ـ	ـ	ـ
C	S	S	C

LOVANIC 500 mg

5 comprimés pelliculés sécables SOTHEMA



6 118000 022404

سوٹيما  
Sotrema

# كوبريد

بريدنيزولون

20 ملغ

عن طريق الفم

قرصاً فوار 20

PHARMACY 5

4394  
LOT : 10-2A  
UT. AV : 36 DH AD  
P.P.V : 36 DH AD