

# 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## que :

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.

## ntaire :

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

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.

Nº P19-

057680

105337

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8587 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KHALLOUKI ABDELKRI

Date de naissance : 29/07/62

Adresse : HAFID CHAFIA Rue 1 N° 113

..... SINCHOUK CESTER

Tél. : 0648494204 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2011

Nom et prénom du malade : KHALLOUKI ABDELKRI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :  RÉGÈNE DU GLAUCOME

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
11/12/2021	G		200	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur *	Date	Montant de la Facture
	AN 12 / 2021	233.60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G	H	G
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	35533411	11433553
B		B	
<b>(Création, remont, adjonction)</b>			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة طب وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

## CABINET D'UROLOGIE

Docteur FAÏK Hassan

Ancien médecin des Forces  
armées royales

Chirurgien Urologue



17 DEC 2021

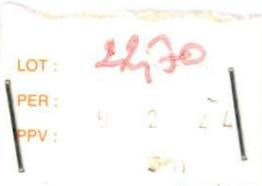
Casablanca, le :

(الدكتور فائق حسن)

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية  
اختصاصي في أمراض وجراحة الكلى  
والمسالك البولية والتناسلية

الدار البيضاء، في

فحص وجراحة الكلى والمسالك  
البولية عبر المنظار



العمق والعجز الجنسي  
عند الرجال

الأمراض التناسلية المعدية

الختان والتبييض الالارادي  
عند الأطفال

الفحص بالصدى

Chirurgie et endoscopie  
des reins et des voies  
genito-urinaires

Echographie urologique  
Lithotriptie Extracorporelle

Stérilité masculine  
impuissance sexuelle

Maladies sexuellement  
transmissibles

Circoncision,  
enuresie chez l'enfant



192. شارع أبي شعيب الدكالي حي الفرج - الدار البيضاء

الهاتف : 06 61 71 34 20 - المحمول : 05 22 82 10 22

11.6.60

31 floxan gel 5%

PPV 116DH40 LOT 150114  
EXP 08/2023

**FLOXAM®**

21.6.60

Yelxy 26%



4

ERLUS-S mg

18/10/23



233.60



\* 15 N° Hay Inara \*

51

Safonelle

Mlette verte.