

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## **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.

## **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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 personnelles.

Matricule : *8606* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*ZAHOUANE Miloudi*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

*06 71 21 96 02* Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 :

Le : *21/01/2022*

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
01 10 2022	?	G	15050	DR Hélène Béchard, M.D. Signature : 11/11/2022 Médecin : Dr Hélène Béchard, M.D.

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie MARIA SARAKKARI Lounka Pharmacie Doeuvre Chirurgie 135-G Tunisie</i>	21-01-22	328,20

## **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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Sur Houda HOUSSAM

praticienne

- D.U d'Echographie Générale
- D.U de Gynécologie Médicale et Obstétrique
- Certificat de Nutrition (Diabète)
- Spécialiste en Médecine de Travail



## هودا حسام

بلوم الفحص بالصدى

بلوم في متابعة الحمل وأمراض النساء

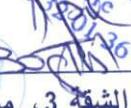
ذية والحمية

ي طب الشغل

## Sur Rendez-vous

Bouskoura, le .....

بوسکورہ، فی .....

1 -	69.00	TAXI	Dome
			
2 -	40.00	Nel x 21	= 8.20
			
3 -	59.30	Nel x 18	= 3.27
			
4 -	70.00	Tegumalcu	le Reg
			
5 -	89.50	Tegumalcu	medic
			

عمراء هرادي، الطابق 1، الشقة 3، مركز بوسکورہ (فوق صيدلية مارية) الهاتف: 05 22 32 01 36

Immeuble Hradi, 1er étage, Appt 3, Bouskoura centre (au dessus de la pharmacie Maria) Tél.: 05 22 32 01

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**

Alvérolate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

4, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

Lot:

A consommer  
avant le:

PPC: 89,50 DH

210644

09/2024

Lot:

A consommer  
avant le:

PPC: 89,50 DH

210644

09/2024

LOT: 210765  
PER: 06-2023  
PPV: 70,00DH

59,30

1 31608  
PER 05/24  
PPV 59 DH 30

# MeteoSpasmyl®

Citrate d'alvérine 60 mg - Siméticone 300 mg



Voie Orale

20 CAPSULES MOLLES

 MAYOLY SPINDLER