

# 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.

## 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.

## 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.

## 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 777 Société : MA, 362

Actif

Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AMMO R Mohamed

Date de naissance : 30 Nov 46

Adresse : 23 Rue Golf du Benghalé Al Abdal

Tél. 0661 34 0776 Total des frais engagés : 865 Dhs Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/04/22

Nom et prénom du malade : MR AMMO Mohamed Age : 76

Lien de parenté :  Soi-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Médecin Respiratoire

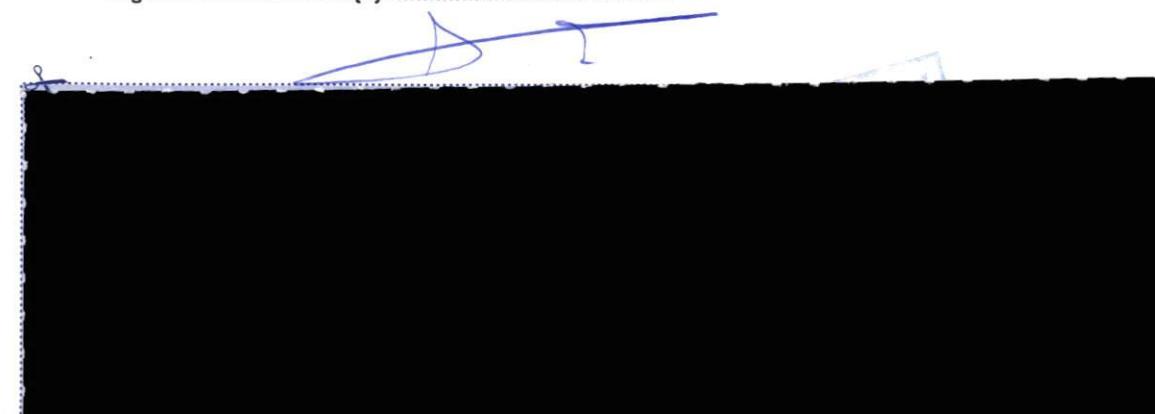
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 06/04/22 CASA Le : 06/04/22

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
06/01/2022				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيادلة المغاربة HARMACIE DE CASABLANCA 60, Bd El Mahatta - Casablanca Tél. 05 22 80 09 70</p>	04.04.2022	865,00

## 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A horizontal arrow labeled 'D' on the left and 'G' on the right indicates the direction of the dental arch. A vertical arrow labeled 'B' at the bottom indicates the direction of the dental arch. The teeth are numbered as follows: upper arch (left to right): 6, 7, 8, 8, 8, 7, 6, 5; lower arch (left to right): 5, 4, 3, 2, 1, 1, 2, 3.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mounia LAHLOU**

**Pneumo-phtisiologue Allergologue**

Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose

Ronflement et Apnées du Sommeil

**Adultes et Enfants**

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd  
et Hôpital Moulay Youssef

Certificat Universitaire d'Allergologie  
et d'Immunologie Clinique

الدار البيضاء - الدار البيضاء  
HARMACIE DE CASABLANCA  
60, Bd El Mahatta - Casablanca  
Tél : 05 22 80 6270

**الدكتورة مونية لحلو**

**اختصاصية**

في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

الضيق، داء السل

**كبار وأطفال**

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعى ابن رشد

ومستشفى مولاي يوسف

شهادة جامعية

في علم المناعة والحساسية

الدار البيضاء، في:

16/06/2022

Mounia Lahou

79,00

Medicines multi vitamine

297,00

19/8

SM

S.V.

PPC : 79DH00

4 026466 004007

12 2023  
L2100507

SYNTHEMEDIC  
22 rue soukher bniou al soukher roches  
noires casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Poudre p. inhal.  
Flacon de 60 doses

10514 DMP/21/NRQ DIP.P.V : 297,00 DH  
6 118001 020935

489,00

Sebri

Barcode

6 118001 031443

SEEBRI®

BREEZHALER® 50 µg

Poudré pour inhalation en  
gélule Boite de 30 Gélule

PPV : 489 DH

إقامه هشام، زار

Casablanca

وان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 38/22 86 39 39  
Résidence Hicham, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Hicham

GSM : 06 63 88 90 87