

# 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.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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 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.

ladie 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



111728  
**Déclaration de Maladie : N° S19-0001319**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12345

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATTIF Soufiane

Date de naissance : 01-03-1982

Adresse : lot ALKHOUZATA JMNIS ARRTS LIBARFAGA

Tél. : 06.61.11.49.86 Total des frais engagés : # 532,10# Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Hassan ATLAGH**  
Médecine Générale  
1007 Av. 2 Mars Hay My Abdellah  
Casablanca - Tel. 0522 871 872

Date de consultation : 8/4/22

Nom et prénom du malade : ATTIF SOUFIANE Age : 40

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Synd grippal + Dem

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 : ceker

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

Le : 12/04/2022

### 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
8/4/22 C			200DH	<i>Dr Hassane Aït Khouzani Médecine Dentaire 1007 Av. 2 Mars Casablanca</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DR. HASSENA B. LAHLOU KASSI AL KHOUZANI</i>	8.4.22	332,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

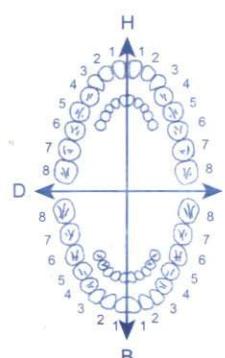
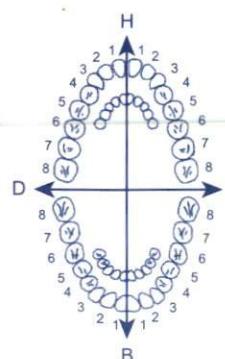
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



## Ordonnance Médicale

Casablanca, le :

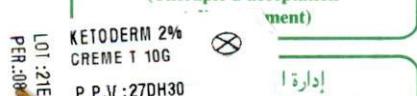
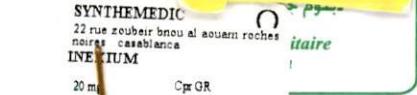
8 - 4 - 22 الدار البيضاء في :

Nom et Prénom :

ATTIF

SOUFIANE

الإسم



~~9 x 79,70 / 159,40~~  
 Doliprane vit C 18,00 x 2  
~~18,00 x 3 pris 18,00~~  
 Ilexium 2  
~~18,00 le matin au lever~~  
~~2 x Quant flour~~  
 Ketoderm 500 mg x 2  
~~18,00 x 2 pris 18,00~~  
 332,10

Dr. Hassan ATLAGH  
 Médecine Générale  
 1007 Av. 2 Mars Hay Mly Abdellah  
 Casablanca - Tél : 0522 871 872  
 E-mail : drhassan1963@gmail.com / www.asthme-reality.com