

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776

Société :

119956

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUNGGARI RA DIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 20 03 84 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/4/2022

Nom et prénom du malade : Zouggari Racha

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Antiphysique et maladie de Menal

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 :

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
22/14/2022	C	2	1100	CHIM KHANH Boutour de la ville de Hanoi 0962 947 100 - 0962 947 100 0962 947 100 - 0962 947 100 0962 947 100 - 0962 947 100 0962 947 100 - 0962 947 100

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>P</i>	22/04/2020	235,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

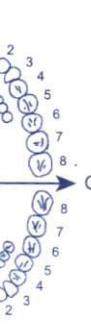
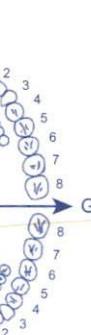
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز الكلية الاصطناعية ابن سينا  
Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse  
Ex Enseignante à la Faculté  
de Médecine Casablanca  
INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى  
والتصفيية الاصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le .....

21/11/2022

Zouggadu Radha

99,00

ocdes

141 Jour

34,60x4

Lösilex

241 jour

Doliprane

141 Jour

14,60x4

295,80



Docteur HACHIM Khadija  
Professeur de Néphrologie et de Médecine  
Ansele Bd. 9 Avril et Rue Mansard  
Tél. 05 22 23 38 00 / 36 05 22 34 42 03  
Fax. 05 22 34 49 93

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088

EXP 12/2013

PPV 99.00DH

Doliprane® 1000 mg

PARACETAMOL

8 comprimés effervescents sécables



14,60

PPV 14/04/80  
LOT 02/25  
PER 04/06/05

Doliprane® 1000 mg

PARACETAMOL

8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

14,60

8 comprimés effervescents sécables



6 118000 C-0361

14,60

Doliprane® 1000 mg

PARACETAMOL

8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

14,60

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V :34DH60

LOT :21E013  
PER..08 2025



6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V :34DH60

LOT :21E013  
PER..08 2025



6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V :34DH60

LOT :21E013  
PER..08 2025



6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V :34DH60

LOT :21E013  
PER..08 2025



6 118000 060468