

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions 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.

### Radiologie 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 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.

N° W21-711636

ND  
N25053

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

4780

Société :

Raja  
Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELOUCHI Hassan

Date de naissance :

01/01/1958

Adresse :

10, Rue EL Farabi Hay Yasmine  
Berrechid

Tél. :

0663180297

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

03 AOUT 2022

Nom et prénom du malade :

Belouchi Mohamed Age: 67ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ESCARRE

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 :

Berrechid

Le : 10/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVÉ 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
03 NOV 2022	C		200	INP DÉPARTEMENTAL 33 OMNIRANGEN 0522.517.574/0865.66.6702

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMAND YASMINI Bertechi 05 22 53 31 88	03/07/22	519,70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **BELEVE 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H <hr/> D <hr/> B	G <hr/> G <hr/> B	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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**



Du en Rhumatologie ( Bordeaux - France )  
Du en Dermatologie Interventionnelle ( Rabat )  
Du en Diabétologie ( Bordeaux - France )  
Du en Gériatrie ( Bordeaux - France )  
Du aux Lasers Médicaux À Visée Esthétique ( Paris - France )  
Circoncision - Chirurgie Mineure - Médecine Esthétique

دبلوم في أمراض العظام والتفاصيل والعמוד الفقري (بوردو-فرنسا)  
دبلوم في الجراحة الجلدية (كلية الطب - الرباط)  
دبلوم في علاج السكري (بوردو-فرنسا)  
دبلوم في علاج طب الأشخاص المسنين (بوردو-فرنسا)  
دبلوم في الليزر الطبي (باريس-فرنسا)  
الختان الطبية- الجراحة الصغرى- الطب التجميلي

Berrechid le :

03/08/2022

برشيد في :

**MR BELOUCH MOHAMED**

- 74,80** • Sepcen 500 mg - comprimé  
1 comprimé matin et soir après repas x 30
- 21,00** • Chlorure de sodium 0,9% sothema 0,009 - solution pour perfusion  
4 Flacons
- 17,50** • Ialuset Creme Acide Hyaluronique 100g  
1 Application 3 à 4 fois/jour jusqu'à cic
- 14,00** • MEBO Pommade  
1 application 3 à 4 fois/jour jusqu'à cic
- 15,90** • VASELINE OFFICINALE  
1 Application 3 à 4 fois/jour jusqu'à cic
- 30,00** • Compresses Stériles

74,80  
LOT : 05/2003  
PER : 01/2025  
PPV : 74,80 DH

ZENITH Pharma  
PPC : 175,00 DH

77 RUE IBNOU NAFLIS  
HAY YASMINA Berrechid  
Tél : 0622 53 37 88

DR. TALIBI HASSAN  
OMNIPRACTICEN  
152251 574/0663.866.610  
PPV: 140,00 DHS

LOT : 220611  
PER : 10-2024  
PPC : 15,00 DHS

شارع محمد الخامس، زاوية زنقة يعقوب المنصور، عمارة الحاج أحمد برشيد، المدخل "C"، الطابق الاول، شقة 1

برشيد - أرقام الهاتف: 06 63 86 66 10 - 05 20 02 12 04 - 05 22 51 75 74