

# 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 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 : <u>5468</u>	Société : ..... <u>130769</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : .....
Nom & Prénom : <u>S.E.H.N.A.N.I Alcinea</u>		
Date de naissance : <u>24/10/1954</u>		
Adresse : <u>A. de docteur Si El Mani Résidence Taghyout n° 1 Casablanca</u>		
Tél. : <u>06 40 9693 53</u> Total des frais engagés : <u>1435,20</u> Dhs		

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/09/22

Nom et prénom du malade : Sehnani Naina Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ALD  ALD  ALC Pathologie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : Casablanca Le : 17/09/22

Signature de l'adhérent(e) : Jey

#### **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
17			150,00	
03				
12				<i>Dr. M. L. Lekhodine Médecin Général de l'Urgence M. M. Lekhodine</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>Pharmacie Laija ZEMMA NAADIA Avenue du Phare - Résidence Taghazout Casablanca Tél : 05 22 29 75 64</del>	17.08.22	1285, 20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

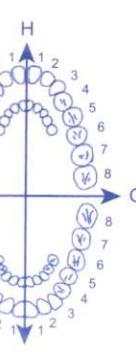
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Structure 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																					
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">-----</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	00000000	35533411			G	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
-----																						
B	00000000	00000000																				
35533411																						
G	11433553																					
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

**Dr. Abdelouahed EL HAITÉ**  
 Médecine Générale Et D'urgence  
 Echographie  
 Electrocardiogramme - Circoncision  
Oxygène Médical

الدكتور عبد الواحد الحبيبي  
 الطب العام والمستعجلات  
 الفحص بالصدى  
 التخطيط القلبي \_ المختانة  
الأوكسجين الطبي

Casablanca, le 17.09.22 الدار البيضاء، في



Selman Naima

(960,00) Eliquis 5mg N.1

52,80 Dextrose 10%

55,00 Amoxicilline 31

28,00 Salicylate de calcium 10%  
conteneur

(58,10 x 2) Flacon 7,5 ml

36,20 Flacon 7,5 ml N.2

37,00 Dr 20 ml N.3

275,20 Valise 88 N.2

Pharmacie Nahjajma  
 ZEMMAMA Nadia  
 Avenue du Peire - Résidence  
 Taghazout - Casablanca  
 Tél. : 06 22 935 64

En Cas d'urgence : 06 69 83 19 01 في حالة مستعجلة :

Eliquis® 5 mg  
 60 comprimés pelliculés  
 P.P.V: 960,00 DH



6 118001 171255

PPV: 55,00 DH  
 LOT: 601519  
 PER: 04/20

28,00

LOT 204853  
 EXP 04/22

37,00



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239