

# 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.

13/03/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**MUPRAS**  
**RECEPTION**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1770

Société : Retraité RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bouzid mohamed

Date de naissance : 11/11/1949

Adresse : 105 EL WAFAH 256. N. El Ray

Tél. : 06 63 78 25 90

Total des frais engagés : 358,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/11/2022

Nom et prénom du malade : Bouzid mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

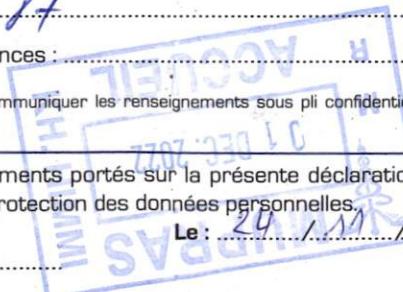
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Délous

Le : 24/11/2022

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
24/11/2022 CS		96CC 0000029	320,00 DH	DR AYOUBI HASSAN CARDIOLOGISTE 80 Rue IBN ROBIN Berrechid 23000 Casablanca
		ICE 001830229000029		
		INP 061175584		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية نور اليمان PHARMACIE NOUR EL IMANE Dr. ELBADADOU Imane Maneh 2 N° 44 Djerba Tél. 05 20 35 07 57	24/11/22	358,80

### ANALYSES - RADIographies

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 de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط

- الدورة الدموية - الفحص بالصدى والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

26 / 11 / 2022

Bougrine Rokhaneh

$$98,10 \times 3 = 294,30$$

$$+ 100 \text{ cigarettes} 15 \text{ Dhs}$$

$$40,90 \text{ kif } 3 =$$

$$+ 10 \text{ Emirskumun} 15 \text{ Dhs}$$

$$23,60 \text{ + candies } 7 \text{ Dhs}$$

DR AYOUBI HASSAN  
CARDIOLOGUE  
80 Rue IBN ROCHD  
Berrechid

HT : 7 hour 30 min à 14 h  
Tél : 05 22 32 65 84

PHARMACIE NOUVELLE IMAINE  
Dr ELBADI N° 4 Deroua  
Manzeh 2 Tel : 05 22 307 57

Sur Rendez-vous

HORAIRE : 8h00 - 14h00

VENDREDI : 8h00 - 12h00

05 22 32 65 84 زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف :

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

المستعجلات : 06 72 12 00 82 Urgence :

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024  
LOT 18066 66

20 comprimés effervescents

23,40

