

## 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.

N° W21-777965

143208

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Mels Société : Ram

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Yassine Khalil

Date de naissance : 21/01/1971

Adresse : Hay Jemaiet oued n°C4 Bis KM 8

Tél. : 0668914028 Total des frais engagés : 857,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/12/20

Nom et prénom du malade : Zohra Zahraoui 1990 Age : 30

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gencive

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : 05/01/21 Le : 28/12/20

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
25/02/22	C		Groschir	INP 09/03/2022 ABE 09/03/2022 Signature de la Santé

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TISSIR II Dr. Salwa HAJJOUT Bd. A N° 58 Hay Mohammadi Casablanca Tél. 052 22 10 00	28/12/20	252,80

#### **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	
	.....					.....
	.....		+			.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 de l'ODF.

# ORDONNANCE

Mr/Mme .....

168,20  
A

le 22/12/2000 DEC A

PHARMACIE TISSIR II  
Dr. Salwa HAJOUI  
Bd. A N° 58 Hay Mohammadi  
Casablanca Tel: 0522 62 67 01

Fatima - Zahra

Augmentin 1 g  
x 21 C.

qd m

qd m

qd m

qd m

PHARMACIE TISSIR II  
Dr. Salwa HAJOUI  
Bd. A N° 58 Hay Mohammadi  
Casablanca Tel: 0522 62 67 01

Ep. Ménopée x 21 C.

39,00

21

257,90



Dr. ABDELLAH BEN MELLOU  
INPE 0910/2557

Cachet du médecin

INSTITUT DE RECHERCHE EN PHARMACOLOGIE  
**AUGMENTIN**

..... sachet(s) .....

prendre de préférence au  
pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice av  
أول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RÉSPECTER LES DOSES**

PPU: 168,20 DH

LOT: 649762

PER: 03/24



2222  
401  
Prix  
PER

89.00