

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0006436

Optique

Autres

143368

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9432

Société : Lam

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HABA Hanif

Date de naissance : 05/08/1968

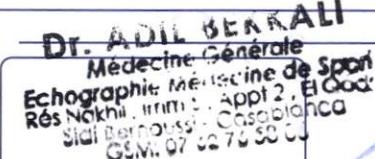
Adresse : Rods Res. Bananbre APP 2 7112

Tél. : 0661476316

Total des frais engagés : 1648,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/12/2011

Nom et prénom du malade : HABA Hanif

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète gestile

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 :

Le : / /

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
28/12/2011	Consultation	1	150	Dr. HILAL MEDECINE GENERALE Echographie Médicale Rés Nokhi 1mm 5 Avril 2011 Casablanca Sidi Zernoussi - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28 2. 22.	1498454

#### **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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B	
	[Création, remont, adjonction]			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	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

ORDONNANCE

Dr. ADIL BEKKALI  
Médecine Générale  
Echographie Médecine de Sport  
Rés Nokhil , Imm 5 , Appt 2 , El Qods  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
GSM: 07 02 73 58 67

HABA HABIB  
CAF A Le : 28/12/2011

419,00 dz

- C. , 3,



03 nois

Forxigat

46,70

zijloric 100



zup le mi  
colctine



134,00

Diaminuric 30 mg



03 nois

89,00

Nyelonal



54,30

utram f

C 9021

38,00

Dr. ADIL BEKKALI  
Médecine Générale  
Echographie Médecine de Sport  
Rés Nokhil , Imm 5 , Appt 2 , El Qods  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
GSM: 07 02 73 58 67

T. 7419840

**Maphar**  
 Bd Alkimiia N° 6, QL,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Forxiga 10 mg cp pell b28  
 P.P.V : 419,00 DH  
  
 6 118001 185023

**ZYLORIC 100 mg**  
 Boîte de 100 comprimés  
 A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT  
 SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO  
  
 6 118000 022268

LOT 222272  
 EXP 06 2026  
 PPV 46.70 DH

**Maphar**  
 Bd Alkimiia N° 6, QL.  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Forxiga 10 mg cp pell b28  
 P.P.V : 419,00 DH  
  
 6 118001 185023

**Maphar**  
 Bd Alkimiia N° 6, QL.  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Forxiga 10 mg cp pell b28  
 P.P.V : 419,00 DH  
  
 6 118001 185023

**Colchicine 1mg**  
OPOCALCULUM  
 20 comprimés sécables

  
 6 118000 082156

↓  
 13,40

**DIAMICRON 30 mg**  
Glicazide  
**30** comprimés à libération modifiée  
  
 6 118000 100072

↓  
 54,30

**DIAMICRON 30 mg**  
Glicazide  
**60** comprimés à libération modifiée  
  
 6 118000 100089

↓  
 99,00

**CO-TRIM® FORT**  
 20 comprimés

  
 6 118000 030195

**CO-TRIM® FC**

PPV 38DH00