

# 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.

Nº M21- 0060205

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7863 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUHAMMAD HASSAN

Date de naissance : 03/04/67

Adresse : 46 Lot FEDONIA Sidi Maârouf

..... 6457 Tél. : 0666828851 Total des frais engagés : 7276.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Imane LAHIDI  
PÉDIATRE  
40, Al Moustakbal GH 6 N° :  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél 0522 58 40 55

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : MOUHAMMAD HASSAN Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Céphalgie

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 : 26/02/23

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
15/02/2023	GS	25000		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Zénith Pharmacie 26 rue du Général de Gaulle 33130 Le Haillan Email: zeni@orange.fr Tel: 05 56 22 11 11	11/12/23	477,60

#### **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
		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 :**

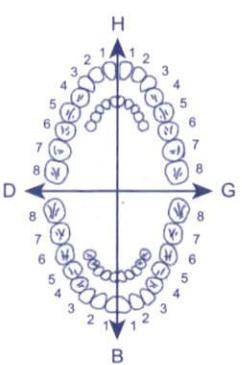
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Docteur Imane LAHLOU**

**PEDIATRE**

**Maladies du Nourrisson et de l'Enfant**

**Allergie - Asthme**

**Nutrition**



**الدكتورة إيمان لحلو**

**طبيبة الأطفال**

**اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع**

**الحساسية والضيقية**

**التغذية**

Casablanca, le

15 FEV 2023

Age : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

**Toux**

**Ari**

**175,00 DH**

**Sachet 121**

**2 B x 21**

**Zobryl syrup 100c**

**50,10 x 2**

**NoNed**

**Apulu le mousse**

**chape noir 3mdu**

**177,60**

**Dr. Imane LAHLOU  
PEDIATRE  
Casablanca  
40, Al Moussem El Gharbi N° 2  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél 0522 58 48 55 / 07 62 62 06 04  
40, Al Moussem El Gharbi N° 2  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél 0522 58 48 55**

**NASONEX 50 µg/dose**

**Suspension pour pulvérisation nasale**

**Flacon de 40 doses**

**P.P.V:50,10 DH**

**Distribué par MSD Maroc**

**suspension pour pulvérisation nasale**

**flacon de 40 doses**

**P.P.V:50,10 DH**

**Distribué par MSD Maroc**

**PHARMACIE  
Zouhair M. AYARI  
Dr. Aminah AYARI  
N° 162, 1er étage, 10ème arrondissement  
Casablanca  
Email: zouhair.m.ayari@gmail.com**

**PHARMACIE  
Zouhair M. AYARI  
Dr. Aminah AYARI  
N° 162, 1er étage, 10ème arrondissement  
Casablanca  
Email: zouhair.m.ayari@gmail.com**

40. شارع عبد الملك السعدي، GH رقم 2 الطابق السفلي. ( أمام حدائق العمالة ) سيدى معروف - الدار البيضاء

40, Boulevard Abdélmalek Essaâdi, GH 6, N° 2 RDC (en face du jardin de la préfecture) Sidi Maârouf - Casablanca

Tél. : 0522 58 48 55 / 07 62 62 06 04 - الهاتف : 0661 44 64 68 - المستعجلات : Email : imanlahlou05@yahoo.fr