

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-811477

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **M940**

Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **SOBH NOUREDDINE**

Date de naissance : **26/12/1958**

Adresse : **Villa garden N°09 Our Bouagza**

Tél. : **0661170601**

Total des frais engagés : **362,67**

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquons ces renseignements de manière confidentielle 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 : **18/07/23**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**





## 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
10 JUIL 2023	C	A	250	DR. Haim KACER 19, Rue Herold Abou Nalim Tel: 03-98-62-68 / D. 50-3-20 Dr. Haim KACER DENTISTE Cabinet dentaire

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/23	PHARMACIE DR. HAIM KACER Montant de la facture : 212.68

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

docteur halim kaicer

Pédiatre

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

الدكتور حليم قيصر

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

الضيقية والحساسية

Enf

Doliprane® 150 mg  
Paracétamol  
10 Suppositoires

6 118000 040293

Nurodol

enfants & nourrissons

Flacon 200ml

6 118000 180715

Supposédal Paracétamol  
Nourrisson, 12 suppositoires

6 118000 092353

خرج كلية

.2023

Nourrisson SOBHI Rhassane

Age : 11 mois 2 jours

Poids : 9,65 Kg

### 1 - NURODOL 20 MG /ML ENFANTS NOURRISSON

dose 9.65 kg matin , midi et soir pdt 05 jours

19.00

### 2 - DOLIPEDIATRIQUE

dose 10 kg 3 à 4 fois par jour si fièvre

9.20

### 3 - FITOPOLIS ENFANT SOLUTE BUVALE

1 cm matin et soir



29.50

### 4 - SUPPOSEDAL 100 MG

1 suppositoire le soir pdt 06 jours



17.00

112.68

PHARMACIE DA

EL KENZ  
Raiaa  
El Kenz  
Bouazzza

17.00

T : 06 61 15 35 46 - Email :

