

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3082 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Autre :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / / Age :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

<p><b>Cachet du Pharmacien</b></p> <p><b>PHARMA ALEXANDRI</b></p> <p>Mme BENJELLOUN Fouzi Docteur en Pharmacie 35, Boulevard Alexandria Tel: 0522 88 15 13 - Casablanca</p> <p><b>Ref: 092004456</b></p>	<p>Date</p> <p>12/09/23</p>	<p><b>Montant de la Facture</b></p> <p>1487,60</p>
--	-----------------------------	--

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. J. P. L. de la Salle Nervens</i> <i>Collaboration Masseau II pour les Malades</i> <i>Chirurgie Chiatra</i> <i>Signature Dr. J. P. L. de la Salle Nervens</i>	<i>25.03.23</i>	<i>V = (F - 211)</i>	<i>150,-</i>

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

#### **PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- .Unité de radiochirurgie  
Gamma knife Lyon
- .Unité de Neuroradiologie  
Interventionnelle
- .Unité d'Hospitalisation  
(Neurochirurgie, Neurologie  
Ophtalmologie, ORL)
- .Unité de Médecine physique  
et de Réhabilitation
- .Unité d'Imagerie
  - IRM
  - Scanner
  - Angiographie
- .Unité des Blocs Opératoires
- .Unité de Réanimation et  
Soins Intensifs
- .Laboratoire de Biologie
- .Laboratoire de Neuropathologie
- .Unité d'Explorations  
Fonctionnelles  
oto-neuro-ophtalmologiques
  
- .Consultations**
- .Neurochirurgie
- .Neurologie
- .Médecine physique
- .Ophtalmologie
- .ORL
- .Anesthésie
- .Médecine interne
- .Endocrinologie
- .Neuroradiologie
- .Neurophysiologie

المركز الوطني للترويض العلوم العصبية - مستشفى الاختصاصات م ص ج ابن سينا ص - ب : 64444 الرباط - معاهد  
الهاتف : 77 59 66 - 212 - 537 ( 77 59 15 / 19 ) الفاكس : 19 / 537 ( 77 59 15 / 19 )

Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences - Hôpital des Spécialités O.N.O. C.H.U. de RABAT - INSTITUTS IF : 40168005  
Tél.: (212-537) 77 59 66 - Fax : (212-537) 77 59 15 - Email: fh2nch@neurochirurgie - site Web : www.Neurochirurgie.ma  
ICE : 00180418000059

Rabat, le 12/7/2023

Habib Saliba

561,00 x 2 (S.V)  
- Keggs 500g 100% 1/2 100%  
100% 100%

82,70 x 3 (S.V)  
- Tegel 1000g CR 1/2 100%  
100% 100%

23,50 x 5 (S.V)  
- Uracel 100g 100% 100%

1487,60 100%

RW 100%

Dr. OUAZZANI RABAT  
Neurochirurgie  
CHU - Rabat  
INPE : 10110670

L 07/10/23

PHARMACIE LE GALIEN  
N° ORDONNANCER

Tegretol 400 CR 9647

ID:651667  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 561,00 DH  
6 118001 142606

6 118001 142606  
  
ID:651252  
PPV: 561,00 DH  
Région de Rabat  
Aïn El Aouda  
GlaxoSmithKline Maroc

## Urbanyl 10mg

30 Comprimés  
sécables



## Urbanyl 10mg

30 Comprimés  
sécables



6 118001 030347

 TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347  
 TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV : 82.70 DH

6 118001 030347

 TEGRETOL® CR 400 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable  
PPV : 82.70 DH

## Urbanyl 10mg

30 Comprimés  
sécables



## Urbanyl 10mg

30 Comprimés  
sécables



## Urbanyl 10mg

30 Comprimés  
sécables

