

# 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8592

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BIKRI RABIA

Date de naissance : 18/10/31/68

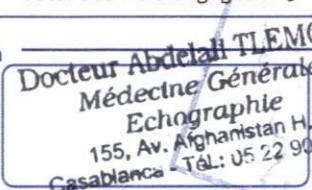
Adresse : 37 Rue TIFNIT Rendouz SALMA N°5

Tél. : 0664.1.60.374

Total des frais engagés : 210 + MS. 80

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Docteur Abdellah TLEMCAN  
Médecine Générale  
Echographie  
155, Av. Afghanistan H.H.  
Casablanca - Tél: 05 22 90 33 00  
03 SEP 2019

Date de consultation : 28/08/2019

Nom et prénom du malade : AR RAYEF COUSSAMA Age : 74 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

HT oblige

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'at

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 29/10/2019

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
27.08.14	C		100,00	INP : 10911021063 Docteur Abdellatif TELMANI Médecine Générale Echographie Afghanistan H.H 05 22 90 32

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 CIL - MASIDI MAFIMACI	22-08-2013	115,00

#### **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 tenu 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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Dr. ABDELA LI TLEMÇANI**

**MEDECINE GENERALE**

**Echographie**

**155, Avenue Afghanistan**

**Hay El Hassani - Casablanca**

**Tél. : 05.22.90.33.90**

**الدكتور عبد العالى التلمسانى**

**الطب العام**

**أمراض النساء والرجال والأطفال**

**الفحص بالتلفزة**

**155، شارع أفغانستان**

**حي الحسني - الدار البيضاء**

**الهاتف : 05.22.90.33.90**

*(Signature)*

**28 AOUT 2019**

**ARRA YOUSSEF OUSSAMA**

32 ♂  
- Pericard  
48 ♂ 1/ AVB 3/  
- Tibial  
1/ 2X /  
- Femoral 1/ 2X /  
1/ 2X 1/ 2X /  
Panarotal 1/  
1/ 2X 1/ 2X /  
Tarsal 1/  
1/ 2X /

**LOT: 19002 PER: 02/2024  
PPV: 48,50 DH**

**32,80**

**ENTERAL® 2  
PPV 15DH90  
Site No 22 - CIL  
022 39 88 73 - Casablanca**

**PPV 18DH70  
EXP 03/2022  
LOT 92032 2**

**Docteur Abdellali TLEMÇANI  
Médecine Générale  
Echographie  
155, Av. Afghanistan H.H  
Casablanca - Tél: 05 22 90 33 90**

**الرجو إحضار الوصفة عند المراقبة**

**10/187**