

## 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.

CA

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
*6807*

Matricule : *6807* Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*AAYOUCHE ABDELAH*

Date de naissance :

*25/04/1963*

Adresse :

*RUE 232 N° 60 HAY MOUSSA*

Tél. :

*06 20 75 06 92* Total des frais engagés : *337,83* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

*15/10/19*

Nom et prénom du malade :

*Ayouch Abde*

Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*gout*

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

*Ram*

Le : *16 OCT 2019*

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15, NOV 2019	CHIRURGIE		1000 DHS	INP : 1234567890

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE B MOHAMMED VI Dr. Hind HARTI My Abdellah RUE 0522 FES Tél: 0522 44 19 36	15/10/19	36 237.80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

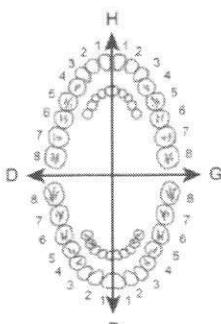
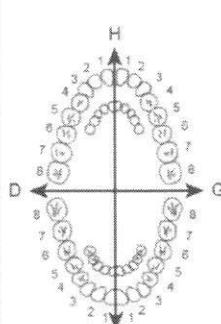
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	26533412	21433552		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	00000000	00000000		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
	00000000	00000000		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	35533411	11433553			
	B	I			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Médecine Générale
- Diplôme d'échographie
- E.C.G

- الطب العام
- دبلوم الفحص بالصدى
- تخطيط القلب

## ORDONNANCE

Casablanca, le :

MF.1019

الدار البيضاء، في :

Aya el Aïcha

51.40

PPV : 51,40 DH

22



37.21

LIT: 024019 PER: 03/24  
PPV: 37DH00

22



75.

IT 181034  
XP 02/2021  
PV 75.00 DH

22



3)

Malest 2021 (ml)

74.40

: 74.40 DH  
: 08/2018

offam mass

Dr. Maria CHRAIBI  
Medecin  
180, Bd. Aba Chouâib Doukali  
1er Etage - CASABLANCA  
Tél: 022 83 64 74  
Fax: 022 83 64 74



237.80  
PHARMACIE  
Angle Bd. M. Abdellah Ain Ch  
N° 37 Hay M. Abdellah Ain Ch  
Tél: 0522 50 49 36

PHARMACIE BD MOHAMED VI  
Angle Bd. M. Abdellah Ain Ch  
N° 37 Hay M. Abdellah Ain Ch  
Tél: 0522 50 49 36