

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ctique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **adie 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

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0016380**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22581

Matricule : 826

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANAROUCH Abdellaziz

Date de naissance : 22.09.1961

Adresse : 87, cité Baâlakch Am Djal

Tél. : 0661620213

Total des frais engagés : 346,00 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ANAROUCH Abdellaziz Age : 56

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 FEV 2020

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
03/09/00	lolo	CS	3000	CLINIQUE DE LA MUSIQUE 13, Avenue Aboumariane Adelmaoui 63186 BLA 63 Tél: 05 55 36 36 36-Fax: 05 55 34 05 30 M. D KHATIB ORTHOPÉDIQUE et Réparatrice

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE KAIS</b> 02, Rue de la Mer Baltique Ain Diab - Casablanca TAN 205 77 79 8	03/01/2020	441,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



le 31/12/2020

ن° AMAROUCH  
Abdelaziz.

44,00

Bafaïne - Dimed

100 ml x 214 Jan

6 118000 050247  
44,00 DHS  
Prix Public de Vente  
Ph - Maroc

Mis

PHARMACIE RAIS  
62, Rue de la Mer Baltique  
Ain Diab - Casablanca  
Tél : 05 22 79 81 52

Professeur M. SKHESSI  
Chirurgie - Orthopédique  
Traumatologique & Réparatrice  
Tél : 22 86 36 36 - Casablanca  
CLINIQUE AL AMINE  
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abdemalek  
et Abou Marouane Ibn Anoual  
Tél : 05 22 86 36 36 - Fax : 05 22 86 05 30