

## 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.

N° W19-445073

ND: 30792

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 7128 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : 14 09 57

Date de naissance : 14 09 57

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0661373313 Total des frais engagés : 271,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ma. ICTINI JAOVAN Age: 63

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : MD + HTA Parcours N.S

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/02/20

25 02 20

## **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
19/01/20			5	IN 15107612 DOCTEUR JAHIR CARDIOLOGUE d'Iran - Hay Ibn Sina N° 4 Temara Tel: 0537 64 20 60
25.02.20				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

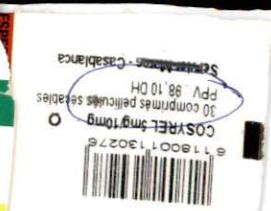
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/08/00	106260

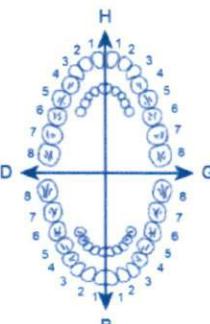
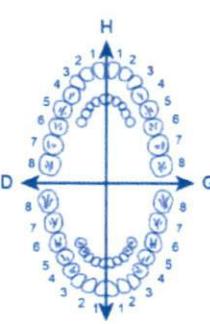
#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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	



Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : Rosuvas® SUN										
			COEFFICIENT DES TRAVAUX Lot n°: / EXP: /										
			MONTANT DES SOINS PPV: 255 DH 00										
			DEBUT D'EXECUTION										
			FIN D'EXECUTION										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;">H</td> <td style="text-align: center; width: 33%;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
B													
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS										
			DATE DU DEVIS										
			DATE DE L'EXECUTION										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION											



مركز أمراض القلب والشرايين  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

الدكتور جلال كريم  
Docteur Jalal KRIEM

Tél. : 05 37 64 20 60  
Fax : 05 37 74 14 48  
E-mail : drjkriem@gmail.com

Témara, Le 28/02/20

M. KTIKI JAOUAD

98<sup>10</sup> - Coversyl 5/10 =  
180 g le matin

87<sup>50</sup> + Natixiem 1,5/10

87<sup>50</sup> - 180 g le matin

87<sup>50</sup> - Coplavix = 180 g à midi

164<sup>90</sup> - S-Citap 10 = 180 g le soir

164<sup>90</sup> - Rosuvast 20 = 180 g le soir

164<sup>90</sup> - Dyantalgic = 280 x 2 p/j

164<sup>90</sup> - 300 mg