

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie et Biologie Médicale :

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.

## 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.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

N° P19-

051388

ND: 324 62

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : HOUARI

Abdelraouf HOUARI

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Residence Nouv Amra

M. Allal Ben Abdellah / El Jadida

Tél. : 0672 83 51 37

Total des frais engagés : 61,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Rhazane Aicha

Age: 51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Aicha libra

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 : 06/01/2020

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/05/20	21,50
		40,30
		= 61,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

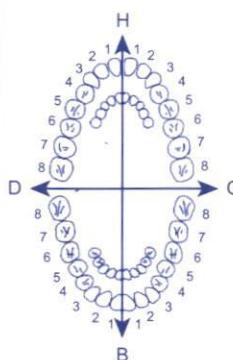
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	<hr/>
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 21DH50  
PER: 12/20  
LOT: H2682

le 0605 20

Facture N° 12

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Total
1	mgalgye	29,80	29,80
1	strepnils	40,30	40,30
			61,80

Pharmacie BOURGUERRA  
BENISSEURINE HOUDA  
Désinfectant pour la peau  
Centre Moulay Abdellah  
Tel: 05 23 34 89 92

Pharmacie BOURGUERRA  
BENISSEURINE HOUDA  
Centre Moulay Abdellah  
Tel: 05 23 34 89 92



# Strepsils

citron **SANS SUCRE**

**Adultes et enfants (plus de 6 ans):** une pastille 3 à 6 fois par jour.

Il n'est pas recommandé aux enfants de moins de 6 ans. **Chaque pastille contient** de l'alcool 2,4-dichloro l'amylmétacrésol 0,6 mg. •

**Les autres excipients sont:** isomalt, maltitol liquide, citron, jaune de quinoléine, saccharine sodique.

**Excipients à effet notoire:** maltitol, jaune de cire. Lire la notice avant utilisation.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

**Conserver en dessous de 25° C**

**Fabriqué par:** Reckitt Benckiser Healthcare International

**Distribué par:** PHARMACEUTICAL INSTITUTE BP

في اليوم . لا ينصح للأطفال تحت

0.6 مغ  
الليمون ، أصفر الكينولين ، السكرin

PPV : 49 DH 30

3007289