

# 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.

## diologie 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.

## étique :

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 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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024730

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2320 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité

Nom & Prénom : RAHHALI Abdellah Date de naissance : 68 ans

Adresse : abdelrahm...rahhali@gmail.com

Tél. : 0667813518 Total des frais engagés : 453,45 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Khatate Fatima Age: 58 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Maladie cosmique

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 : 08/07/2020

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
03/01/2018			6	CHIROPTACI CARDIOLOGIE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MAISON PHARMACEUTIQUE DU FARMACIEN DU FABRICANT</i> 56,67 - 08/31/2020	07/7/20	453,40

## 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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



116 2320

Le 29.06.98

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M : KHALIL FATHI

CP 10000

Présente

FATHI KHALIL

Nécessitant un traitement d'une durée de:

AVIC

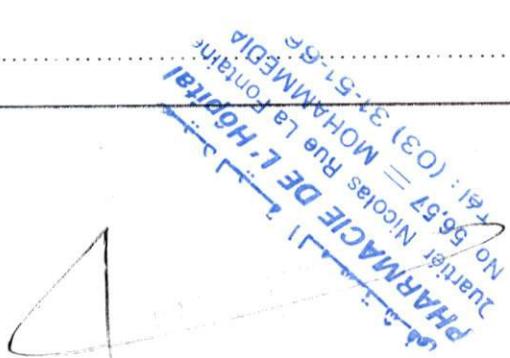
1mois

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit).

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18



PPV : 20,00

Exp :

N° Lot:

PPV : 20,00

Exp :

N° Lot:

PPV : 20,00

Exp :

PPV : 20,00

Exp :

N° Lot:

M.  
Ben



Casablanca, le

PPV : 20,00

Exp :

N° Lot:

PPV : 20,00

Exp :

N° Lot:



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)

30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

PPV  
N° lot:

Exp:

N° lot:

VNANCE

TE FATIMA

RATHI ALI

25,00

37,00

ATENON

34,60 x 2

CASHEX 6cp **S.V** 21T

122,10

TRIA tec

20,00 x 10

Sintra 6cp **S.V** 1a 1T

453,40 + + 3 - 0,1

3, H. H. P. I. M. M. E. D. I. A  
3, F. O. R. T. A. I. N. S. 6

37,00

122,10

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 19E007  
PER: 09/2023

6 118000 060468

LOT: 20E012  
PER: 12/2023

P.P.V: 34DH60

6 118000 060468

PPV :

20,00

Exp :

20,00

N° Lot:

PPV :

20,00

Exp :

20,00

N° Lot: