

## 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.

### 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.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-410700

ND: 33426

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOUDEIR LAHSEN

Date de naissance :

15.06.1892

Adresse :

7 lots Hafid Allié les Lauriers

Califourie

AGA

Tél. :

0661176147

Total des frais engagés :

326,20 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

HOUDEIR LAHSEN

A

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

C

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et la faire parvenir à la Mutuelle. Fait à : 1419

Le : 15/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Houdeir

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10 FEB 2020	C 2	150	16	INP : INP 091026492 الطب العام 713 شارع وحاتم اللار المحمد 2215723 0522.211.307

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOULAIMA YOUSRA LAHLOU Rés des Jardins de California 2 <sup>e</sup> Bd des Fes Imm 1 California 2 <sup>e</sup> Casa. Tél: 05.22.21.98.94	10.2.20	176.20

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

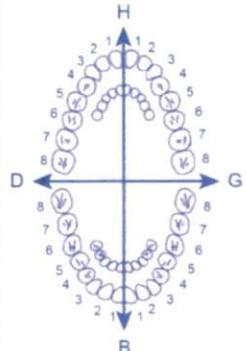
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

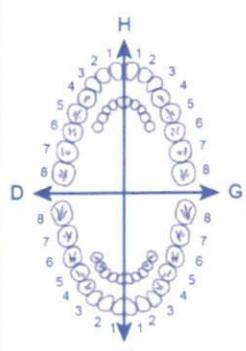


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA/

**Docteur M'hamed BENNIS**

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux  
Ex - Médecin Militaire

**Sur Rendez - vous**

**الدكتور محمد بننيس**

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابق

**الزيارة بالموعد**



Casablanca, le ..... **10/02/2020** ..... الدار البيضاء في

**Monsieur HOUDEIR Lahsen**

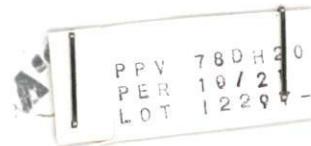
26,20

**1/ LOREUS 5MG BTE DE 30**

1 cp après le repas le soir

**2/ HIVERNEX STICKS x 2**

1 sachet après le repas matin et soir



49,00x2

176,20

الدكتور بننيس محمد  
محلف لدى المحاكم  
الطب العام  
شارع 2 مارس الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 211 307  
0522 215 723

15

**PHARMACIE SOULAIMA**  
YOUSRA LAHSABI LAHLOU  
Rés «Les Jardins de Californie 2»  
Bd. de Fes Imm. 1 Californie  
Casa. Tél: 05.22.21.98.94