

# 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.

## **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

35413

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0021682**

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

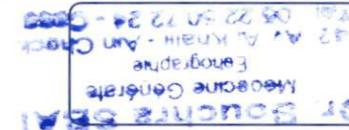
### **Autres**

#### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1841 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
Nom & Prénom : Moulim Zohra Date de naissance : 15.01.55  
Adresse : 14.264 lot FELWAFIA Deraa  
Tél. : 06.61.74.62.88 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13.01.2020

Nom et prénom du malade : Moulim Zohra Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : vertige

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : Moulim

### 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
13/06/2020	C1	-	150,00	<i>Signature</i>
8				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature</i> Angle Avenue Omar Al Khayam et Rue Al Banaisat Barrechid Tél./Fax: 05 22 53 43 23	13,06,2020	233,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

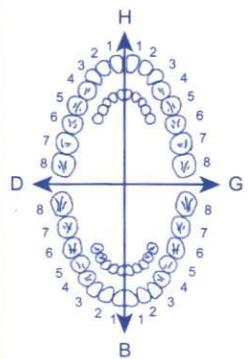
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	B 00000000		
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES**

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS** **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Docteur Bouchra SBAÏ

medecine générale

Diplômes des études Supérieurs de l'Université

de : Prévention en Gynécologie

Stérilité du Couple

Colposcopie

Échographie

# الطب العام بشرفة السابعة

الطب العام

دبلوم الدراسات العليا للجامعة في :

وقاية أمراض النساء

العقم عند الزوجين

تنظير عنق الرحم

الفحص بالصدى

M<sup>o</sup> Moulin Zohra

51,00

Tangamil

1 gel x 31

aut resps.

71,30

Tanekom

31

aut resps.

39,90

- dofinatil

2 gel x 21

aut resps

161,00

Betasecc

19 x 21

Dr. Bouchra SBAÏ  
Médecine Générale  
Echographie  
142 AV. EL KHALIL - AÏN CHOCK  
Tél: 05 22 50 72 24

06 976 28789

TTL 233,90

142 شارع الخليل - حي مولاي عبد الله عين الشق - الدار البيضاء - ☎ 05 22 50 72 24

142, Bd. El Khalil, Hay My Abdellah Aïn Chock - CASABLANCA - ☎ 05 22 50 72 24

I.C.E.: 001917303000070

⊗ Tanganil® 500 mg

تاجانيل® 500 ملخ

30 comprimés - 30 قرص

VTE : MA - PPV : 51DH00

728860



6 118001 183340

71,30

78,00

PER. 04  
663096.01  
22/02/2022

Dogmatil 50mg  
20 Gélules

P.P.V : 32DH90



6 118000 061199