

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

Nº P19-0026170

ND: 36993

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 516

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RADI AHMED

Date de naissance :

01-01-1944

Adresse : HAI FATIHI RUE 13 01 12 006 FA

Tél. : 06 68 88 1431

Total des frais engagés : 534,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

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 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 : Casa le 13/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : Radi

17 AOUT 2020



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE NATIONALE</i>	07-08-20	434,30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

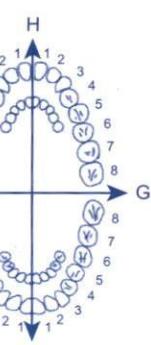
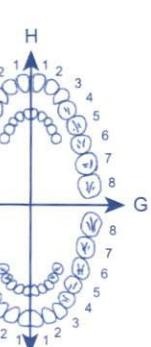
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 03/03/2008

## ORDONNANCE

Docteur :

+ 89,90



86.10 x 4

①

434.30

PHARMACIE ANNASR  
MIND CENTER  
Docteur en Pharmacie  
A.S.S. 1551  
Tel: 05 22 93 28 71

6m  
Dr. M. A. HAFAI  
Pr. à l'Institut de Neuroologie  
et de Neurochirurgie  
Neurophysiologie et Evaluations  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

ECTER LES DOSES PRÉSCRITES

- Uniquement sur ordonnance.  
à la portée, et de la vue des enfants.

6 118001 030330

○ TEGRETOL® CR 200 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable

PPV : 89.90 DH

6 118001 030330

○ TEGRETOL® CR 200 mg  
Comprimé

⑥ NOVARTIS

PPV : 86,10 DH

6 118001 030330

○ TEGRETOL® CR 200 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable

⑥ NOVARTIS

PPV : 86,10 DH

6 118001 030330

○ TEGRETOL® CR 200 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable

⑥ NOVARTIS

PPV : 86,10 DH

6 118001 030330

○ TEGRETOL® CR 200 mg  
Comprimé  
pelliculé sécable

⑥ NOVARTIS

PPV : 86,10 DH

Ministère de la Santé  
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance  
Hôpital Ibn Rochd

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
C P30	
Total	100,00

Nº 462923

le 07/08/2008  
Signature du  
Régisseur et Cachet

S