

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

## Informations 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 :

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.

## Education :

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.

## Thérapeutique :

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 à caractère personnel.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11927 Société : R

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DRIFFATI MA

Date de naissance : 22/12/1965

Adresse : 509, Avenue Casablanca casab

Tél. : 0693311223 Total des frais engagés : 3.60,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : ..... Le : ...../...../.....

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
PHARMACIE AL MARKA Lot. LEGENIE Sidi Bahalil Dzige 05.20.05.93.87	28/17/2020	360,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

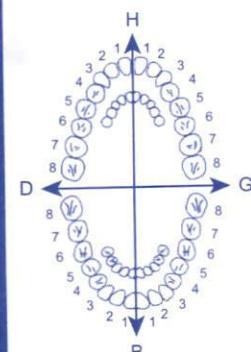
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

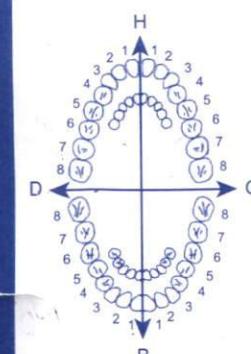
Le praticien est prié de préciser la date de l'exécution des soins

Important :  
Veuillez joindre les radiographies

### SOINS DENTAIRES



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DES PROTHESES DENTAIRES

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

### COEFFICIENT DES TRAVAUX

### MONTANTS DES SOINS

### DATE DU DEVIS

### DATE DE L'EXECUTION

LOT : 5794  
PER : 10-22  
P.P.V : 22 DH 40

LOT : 5794  
PER : 10-22  
P.P.V : 22 DH 40

LOT : 5794  
PER : 10-22  
P.P.V : 22 DH 40

LOT : 5794  
PER : 10-22  
P.P.V : 22 DH 40

LOT : 5794  
PER : 10-22  
P.P.V : 22 DH 40

LOT : 5794  
PER : 10-22  
P.P.V : 22 DH 40

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL FILALI Abdelkader

Expert Assermenté près des Tribunaux  
Diplômé de l'Université de Paris

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif  
(Estomac - Intestins - Foie)  
Chirurgie Anale - Hémorroïdes  
Fistules - Fissures Anale

Ancien Chef du Service de Gastro-Entérologie  
à El Jadida  
Endoscopie Digestive

الدكتور الفيلالى عبد القادر

## خبرير محلف لدى المحاكم خريج جامعة باريس

اختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء  
والكبد - علاج وجراحة المعي الغليظ  
وأمراض المخرج

رئيس سابق بقسم أمراض الجهاز الهضمي  
بمستشفى محمد الخامس - الجديدة  
فحص بالمنضار

28 JUIL. 2020

28 JUL. 2020

① Mekrozal 500

tex 21

② Canal flúcan 150 (ße de 7)

X (3) Aukler 2012

de l'île soi

\* (4) oxyntac 300  
7011 11 100  
SOL

شارع 11 يناير - الهاتف: 0522 31 93 94 - الفاكس: 0522 30 55 03 - البيضاء (أمام سينما كوليزي) 94, Bd. du 11 Janvier - Tél.: 0522 31 93 94 / 0522 31 53 53 - Fax : 0522 30 55 03 - Casa (en face du Cinéma Colisée)

⑤ Stilnox

(S.T.)

56,60 x 4 .  $\frac{1}{2}$  le min  
au marché  
= 226,40



STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60  
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60  
6 118000 060811

6 118000 061465  
P.P.V.: 56DH60  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60  
6 118000 060811

6 118000 061465  
P.P.V.: 56DH60  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60  
6 118000 061465

PHARMACEUTICAL MARKET  
SIDI RABBI, 10, 1ST FLOOR  
TEL: 0522553387  
ISSEHLA, LEGENIE

PHARMACEUTICAL MARKET  
SIDI RABBI, 10, 1ST FLOOR  
TEL: 0522553387  
ISSEHLA, LEGENIE