

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

## litions 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.

## 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.

## 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

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3161 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHID Abdennatim

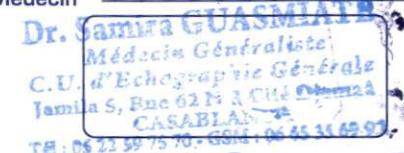
Date de naissance : 14 05 1955

Adresse : CITE Djemaa El Fna N°9 Lasila 5 CASA

Tél. 0522 75 46 Total des frais engagés : 1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/11/2020

Nom et prénom du malade : N° 1 MOUSTAHID Abdennatim Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DNI + HTA

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

Signature de l'adhérent(e) : AB

Le : 2/11/2020

### 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
02/11/22	Q	1	120.00	<i>[Handwritten signature and stamp]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SBATA</b> TAZI RAFIAA 259, Bd Sakkia Al Hamra CASABLANCA Tél: 0522 37 19 15 - IF: 49628127 INSS: 1579088-ICE: 001632349000079 INPE: 092052562 - Pat: 37426120	21.11.22.	598.70

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

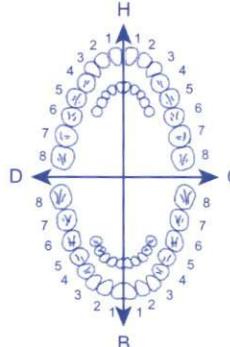
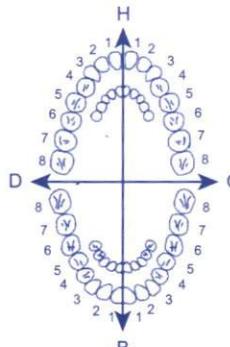
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	G	
	D	00000000   00000000	B	
		35533411   11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Samira GUASMIATE  
OMNIPRATICIENNE  
C.U.Echographie générale  
ICE N° 001716682000066

Casablanca , le 02/11/20

## ORDONNANCE

NOM ET PRENOM:

390.00

1)

7<sup>e</sup> Douss TAHID Abderrohim  
Golivis net



78.70

2)

Diamoxen

2 g p le matin

6

2 g p le midi

78.70

54.00

3)

Ramipril

140 mg le matin

76.00

4)

B140 mg le matin

54.00

PER 25

598.70

PHARMACIE SBA  
TAZI RAFIAA

259, Bd Sidi Al Hamra  
CASABLANCA

Tél: 0522 37 19 15 - IF: 49628100  
CNSS: 1579088-ICE: 001632349000079  
INPE: 092052562 - Pat: 37426120

Dr. Samira GUASMIATE  
Médecin Généraliste  
C.U.Echographie Générale  
Jamila 5, Rue Ben Msick Casablanca  
Tél: 0522 59 75 70 - GSM: 06 65 31 69 92

LOT : 9850  
UT. AV: 05-22  
P.P.V : 76 DH 00