

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **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

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.

**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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **00036571**

Société : **146259**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**SABBARI Houaria**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0629069633**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22/10/2020**

Nom et prénom du malade : **SABBARI Houaria**

Age : **64 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Clise Asthma**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

**Le 22/10/2020**

**15001330**

### 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
22/10/2020	CS		120,00	Dr. MALT OF Nabil Médecin Généraliste Riad El Guila - Casablanca 10000 (RDC) Tél: 05 22 89 63 55 - Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Zoubir Mme. KABBAJ MARIAM Lotissement Zouhourat 1051 Imm. 6 CASABLANCA Tél : 05 22 934 190	22/10/2020	510,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				Coefficient des Travaux												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																

Dr. MALTOF Nadia

الدكتورة ملطوف نادية

- Médecin Généraliste
- Echographie générale
- Diplôme Universitaire de Gynécologie et suivi de grossesse et infertilité (Bordeaux)
- Lauréate de Certificat de Nutrition
- Agrée par l'Etat pour délivrer le certificat du Permis de conduire
- Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Pharmacie Zoubar  
Mme. KABBAI MARIAM  
Lotissement CASABLANCA  
Tél : 05 22 93 44 90

- الطبع العام
- الفحص بالصدى
- دبلوم جامعي في أمراض النساء و تتبع الحمل والعمق من جامعة بوردو
- حاصلة على شهادة في الحمية والتغذية
- معتمدة من طرف الدولة لتسليم رخصة السياقة
- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

45,30 x 2

2 Vientol (2 Boîtes)



GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

118001 141258  
VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

338,00

2

Serethol (2 Boîtes)



GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

118001 141258  
VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

81,40

3

Oui 3 Boîtes

13 x

2 flacon



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
ID : 640066  
PPV : 338,00 DH  
6 118001 141111

كنية 11 المدخل 1 الشقة 1 الطابق الأرضي قرب تقاطع سير الحافظة 20-19 - البيضاء

Riad El Oulfa GH 11 Entrée 1 Appt.1(RDC) - Prés du Termin

Riad El Oulfa

Tel: 05 22 89 63 55

510,00

81,40