

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## 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.

## tique :

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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0390

Société : 48058

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.46.29.10.32 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/11/2020

Nom et prénom du malade : NAZIH Fatima Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie - Météorisme - Gastro-entérite

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 : 06/11/2020

## **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
13/11/2020	C	C <sub>1</sub>	150.0H	الدكتور العزيز فتحي Délégué El Raichi.Fatiha N°1, Imme.A28 Résidence Addamane Auchiéck-CASA-Tél:0522.50.11.90

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE HAY AL MANZAH SIDI ALOU LOR. AL MEZAN, IMM2 MAG 1 INPE: 062088778 Tél: 05 22 51 51 94</p>	13/11/2020	190,70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 ~~pr~~ 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

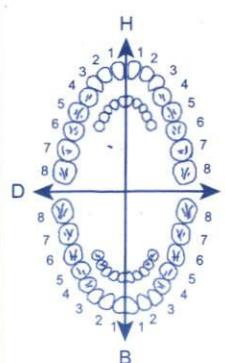
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553
	T

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Kaïchi EL KAÏCHI  
Médecine générale

N° 1, Imm . A 28 Résidence ADDAMANE  
Ain Chock - Casablanca  
Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيبة القيشي  
الطب العام

رقم 1، عمارة 28 إقامة الضمان (الضحي)  
عين الشق - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 50 11 90



Casablanca, le : 13/11/2020

26,70

2) Célestène

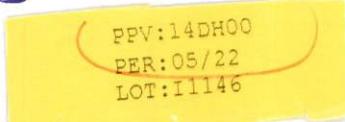
1<sup>me</sup> NAZIH Fatima



1 injection en IH 1g  $\times 10^3$  J.

3) Doliprane 1g

40,40 2cp  $\times 3$  J, Nefc



3) Météospasmyle

METEOSPASMYL® 8 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

1 capsule  $\times 3$  J  
123,60<sup>00</sup> repos.

4) INEXIUM 4,5mg

1cp 1g après le dîner  $\times 14$  J.

6 118001 100293

PHARMACIE HAY AL MANZH  
SARL ALI  
Lot Al Manzah Imm2 Mag 1  
INPE: 062088778  
Tél: 05 22 51 51 81



$\text{Total} = 190,70$

الدكتورة القيشي فتيبة  
Docteur El Kaïchi, Fatiha  
N°1, Imm . A 28 Résidence ADDAMANE  
Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 50 11 90