

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## 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

La 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 : 1436

Société : RATM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU

Retraite

Date de naissance : 30/12/150

Adresse :

Tél. : 0663 06 04 67 Total des frais engagés : 245,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL JABIRI Mina  
Médecin Généraliste  
N. 118 Lot Al Adrissa  
Sidi Maarouf - Casa  
Tel. 05 22 97 37 25

Date de consultation : 26/10/2020

Nom et prénom du malade : LAHLOU FOUAD Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :

Céphalgie

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) :

26 NOV. 2020

ACCUEIL

Le : 26/10/2020

## 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
26 10 2020	C		150,00	Dr. JABIRI Mina M. Generaliste Dr. Adarissa Dr. Casa 07 37 25

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/2023	95,25

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

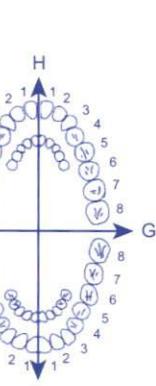
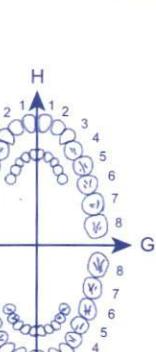
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 d

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   21433552 00000000   00000000	D	Coefficient des travaux
	D	00000000   00000000 35533411   11433553	B	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

Docteur EL JABIRI MINA

Médecine Générale

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE  
D'ECHOGRAPHIE GENERALE  
ELECTROCARDIOGRAMME

Diplôme en Nutrition



الدكتورة الجابري مينة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب

دبلوم في التغدية

26.10.2020  
Casablanca, le:

ORDONNANCE

LAHLOU FOUAD

44,80

Sothema  
L. Tazi. Pharmacien Resp.  
CARBOSYLANE - 24 doses  
PPV 44.80 DH  
6118001070386



1] - Carbosylene gel



2 gel x 21-

50,40

2] - Neosbyl cp

1cp x 31-

T = 95,20

PPV: 50DH 40  
PER: 01/23  
LOT: J287

PHARMACIE AHMED AL  
Dr. EL JABIRI MINA  
Lot. El Fassi 1000  
Casablanca

Docteur EL JABIRI Mina  
Médecin Généraliste  
N° 119 Lot Al Adarissa  
Maârouf - Casablanca  
05 22 97 37 25

تجزئة الأدارسة رقم 119، سيدى مغروفي و الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 97 37 25 - المقبول : 05 22 97 37 25  
N° 119, Lot. Al Adarissa Sidi Maârouf - Tél. : 05 22 97 37 25 - GSM : 06 70 80 39 37 - CASABLANCA