

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 3165 ..... Société : R.A.T.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DARK AOUI Saïda Ep Hajdy

Date de naissance :

20/04/1966

Adresse :

Haj Fath S-N° 29 Kasba

Tél. 07 07 77 30 98

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/06/2022

Nom et prénom du malade :

Hajdy Aya

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alzheimer

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

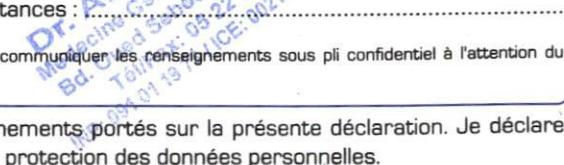
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15.06 2023	?	/	# 150,00 Dhs	Dr. ARAFA sakiba Général Echographie Sébou, Rue 174 N°65 22 91 12 77 002103415000034

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE ANSA 372 Lot Zoubir Casablanca 22 89 31 91	18/06/20	231.62

## **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 de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Dr. Arafa Alaoui F. Sakina.**

الدكتورة عرفة العلوي ف. سكينة

Médecine Générale

الطب العام

Diplômée en Echographie

دبلوم المفحص بالصدى

Médecine de Travail

طبي التسفل

Casablanca, le :

18/06/2023



Haidj Ayse

126<sup>30</sup>)

Clavulin 10 mg x 30



18/06/2023

18/06/2023

PPV: 126,30 DH  
LOT: 611220  
PER: 10/20

29,30

Appyxol sp



02 pelets x 30



15,40

Dolife Bo cap f

15,80  
PPV 15 DH 80  
PER 10 / 20  
LOT J 274  
S 1

14/06/2023

231,60

Dr. ARAFA SAKINA  
Médecine Générale Echographie  
Bd. Oued Sebou, Rue 174 N° 65  
INP: 00101973 ICE: 002103415000034



8 032578 479676

LOT 190804

2022/12

PPC: 89,50 DH.

شارع واد سبو زنقة 174 رقم 65 حي الألفة الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 91 12 77 - المحمول : 06 61 31 09 83

Bd. Oued Sebou, Rue 174 N° 65 Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83

INP : 091 01 19 73 / ICE : 002103415000034