

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

## tions 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.

## iologie 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.

## ique :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]  
**05882**

Matricule : ..... Société : ..... **RAM 55336**

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : ..... **FATHAWA MHAMAD**

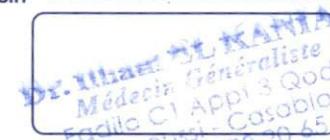
Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. **0656 99 12 39** Total des frais engagés : **659,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation **21/05/2013**

Nom et prénom du malade : **FATHAWA TINIB**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

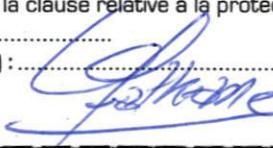
Nature de la maladie : **Anémie**

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 : .....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie RIAD AL QODS</b> 310 Bis, Cr. Zenata 4 Hay Al Qods - Casablanca Tél : 05 22 73 21 91	21/12/2020	529,80

## **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 tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### **Important:**

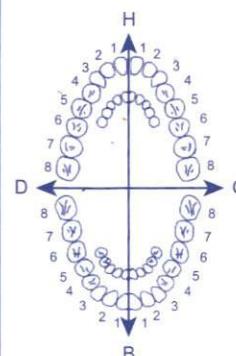
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham EL KANIA

MÉDECINE GENERALE

Fadila - Hay El Qods, Imm. C1 Ex. H  
App. 3 Rdc - Bernoussi  
Casablanca - Tél : 05 22 73 20 65

الدكتورة إلهام الكنيار

الطب العام - الفحص بالصدى

الفضيلة - حي القدس، عمارة C1  
الشقة 3 - الطابق السفلي - البرنوسي  
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 20 65

## ORDONNANCE

Casablanca, le .....

21/12/2023

الدار البيضاء، في

FATHANE

ZENATA

LOT: R-02-5  
PER: 04-2023  
PPV: 106,80DH

PPV: 106,80DH

PPV: 106,80DH

2x 106,80

PPV: 138,30 DH  
LOT: 512759  
PER: 10/23

PPV: 14DH00  
PER: 10/23  
LOT: J2683

- 1) TRIAKON Ag 2g x 10ml (3x)  
2) Augmentin 500 mg x 10 tablets  
3) Diphene 2g x 30 tablets  
4) ANAPRES 50 mg x 15 tablets

Dr. Ilham EL KANIA  
Médecin Généraliste  
Fadila C1 App. 3 Qods  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél: 0522732065

Pharmacie RIAD AL QODS  
310 Bis, Sidi Qods, Casablanca  
Tél: 05 22 73 21 91