

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

## sions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 caractére 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

7312 N° P19-0046865

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7312 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : 55318

Nom & Prénom : HAFIDH

Date de naissance : 10.1.58

Adresse : RAY WAGIEN N° 63 Rue RAFAEL  
Bouchechid

Tél. : 0605819572 Total des frais engagés : 300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ESSOUBI Abderrahim  
Omnipraticien  
128, Bd Mohamed V Berrechid  
Tél: 05 22 33 75 70  
06 50 43 58 34

Date de consultation : 18 JAN. 2021

Nom et prénom du malade : HAFIDH Fathia Zahra Age 16

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

HFR. OM.

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) :



#### **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
-8 JAN 2014	C	1	15000	Dr. ESSOUBI Abdellah Dentiste praticien 128, Bd Mohamed V Berrechid Tél: 05 22 33 75 70 06 50 45 55 34

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie DAKKAMZI WAFAQ</b> Lotissement Wafiq Lot N°363 Tél.: 0522 32 72 79	8/11/21	117140

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

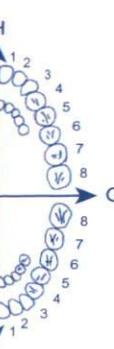
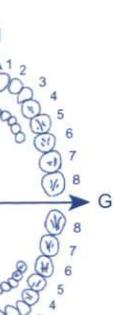
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEMPTATION

**Dr. Abderrahim ESSOUBI**

OMNIPRATICIEN

ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبسي

الطب العام

الفحص بالصدى

Nom : HAIAT  
Pds : FATHIMA ZAHAR

Berrechid, le 8 JAN. 2021

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 11/2023  
LOT 00057 18

Vita C1000®  
10 Comprimés effervescents



6 1118000 082460  
LOT : 200542  
UT AV : 03/2023  
PPV : 10,00DH

CICLOVIRAL® 5%  
Crème dermique  
Tube de 10 g



LOT 206365 EXP 05/23  
PPV:59DH10

15,80 - vita C1000 AS  
 10,50 - ANDOL 500 AS  
 89,10 - CICLOVIRAL par AS  
 33,90 - SOE AICLUS Bf AS  
 114,00 - MAF 140 AS  
 283, 9x15 AS

Dr. ESSOUBI Abderrahim  
Omnipraticien  
128, Bd Mohamed V Berrechid  
Tel: 05 22 33 75 70  
06 50 43 56 34

128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس : 05 22 33 75 70  
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70  
GSM : 06 50 43 56 24