

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions 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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 09548 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | ALYAS |
| Nom & Prénom : | | Fallah Benhia | |
| Date de naissance : | | 01/01/1949 | |
| Adresse : | | 18 Rue Cheikh Amine - App. 2, Hay El Aka | |
| Tél. : | | 0668245507 Total des frais engagés : 1000 Dhs | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Docteur AYoubi Hassan, Cardiologue, 3, Cte Ibn Rochd Berrechid, Tel.: 022.32.65.84, Heure 30 à 15 Heure | | | |
| Date de consultation : | | 12/01/2023 | |
| Nom et prénom du malade : | | FATHIA BRAHIM | |
| Lien de parenté : | | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : | | # TPK | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous olconfidentiel 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 : Casablanca Le : 10/01/2023 | | | |
| Signature de l'adhérent(e) | | | |
|  | | | |



| 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 |
| 12/01/2023 | | | | INP : 1CE 001002015079 Docteur AYDIBERKAS Cardiologue 10h-13h - 22.32.65.84 à 15 Heure |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien, ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>Pharmacie de la Côte d'Or 368439-08193</i> | <i>12/04/23</i> | <i>889,00</i> |
| | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط
والجفورة الدموية - الفحص بالصدى والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires
Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

12/01/2023

32294100

FATIMA BNA HIA

COUVERNAHOU

888100 rcp/ jax 316

75

PHARMACEUTICAL WOOURD
62, Rue des 1000, 10300 Casablanca
Masjid Annouar
0522 36 84 30
0522 36 84 30
0522 36 84 30

Sur Rendez-vous
HORAIRE : 8h00 - 14h00
VENDREDI : 8h00 - 12h00

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84
Urgence : 06 72 12 00 82

زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 05 22 32 65 84

ال المستعجلات : 06 72 12 00 82



294,00

294,00

294,00