

## 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.

N° W21-710770

AS 6208

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>12069</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>MSADEK HAMID</b>			
Date de naissance : <b>18/04/1977</b>			
Adresse : <b>57 rue 201, Hay Illy Abdellah</b>			
Anfa Casablanca			
Tél. : <b>06 60 40 16 10</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA 215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr.Ahmed BOUTALEB</b>			
Spécialiste en Pédiatrie			
283, Bd Driss El Harti, Etg 2			
Tél. : 05 22 20 45 45 - 55 54 87-Casa			
Date de consultation : <b>01 AVR. 2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>MSADEK - Saïd</b>			
Age: ..... <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté : ..... <i>Parent de + frère</i>			
Nature de la maladie : ..... <i>Changements + frère</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ..... <i>.....</i>			
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. <i>05 AVR. 2023</i>			

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 : *Casa*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : *01/04/2023*



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
01 AVR 2023	CH	1	280	INP 091038021 COUTAL en Pédiatrie en Haute Eig 2 54-8/Orsa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>DIOURI MOHAMED</b> Bd Taza Hay M. Abdellah - Casa Tél : 05 22 21 59 66	1er Nov 2023	133, Bd Taza Hay M. Abdellah - Casa DIOURI MOHAMED

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

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

**Docteur Ahmed BOUTALEB**

Spécialiste en Pédiatrie

Néonatalogie, Réanimation et Urgences

Asthme de l'enfant et Allergologie

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens (France)

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

**الدكتور أحمد بوطالب**

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

مرض الضيق و الحساسية

خريج كلية الطب بامييان فرنسا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

MISADEK - Samia

Nom

Age

Poids

8,5

Casablanca, le : 01 AVR 2023

الدار البيضاء، في :

- Ceficlosp (N) : des (8,5) x 2/j x 0,5  
~~330 mg~~

- Sulfam : 2 gouttes x 3/j x 8/j

- Betadine : 90 ml x 1/j x 1/j x 1/j

- Nuro del : 15 ml x 1/j x 1/j

- Paracétamol (8,5) x 1/j x 1/j

Dr.Ahmed BOUTALEB  
 Spécialiste en Pédiatrie  
 283, Bd DRISS EL HARTI Etg 2  
 tél/fax: 05 22 55 54 87 Casa

Muthu Bros. Mill  
Locality: Kodaikanal, Tamil Nadu  
Cotton Grade: Medium  
Color: White and Grey  
Length: 16.10

REMANUFACTURED

53,20

LOT : 1501  
UT. AV: 08 - 24  
P. P.V: 30 DH 00

19,00

06.60.40.16.10