

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-813417

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 12785 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ELWATTAH Amine | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 0662 77 98 40 Total des frais engagés : 227,40 Dhs | | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | Dr ISSAAD Samia Gastro-Enterologie / Proctologie Ang Bd Oqba Bnou Nafii et la Grande Ceinture Imm El Dorado Appt N°15 Casablanca Tél : 0522 62 98 09 |
| Date de consultation : | 29/08/2023 |
| Nom et prénom du malade : | Age: |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Antalgique |
| 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 : Benchehid

Le : 03/09/2023

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 |
| 29/08/2023 | | | <i>G</i> | INP : 091225069 Dr ISSAAD Samia Gastro-Enterologie / Proctologie Ang Bd Ogha Bnou Nafii et la Grande Ceinture Hamm El Dorado Appt N°15 Casablanca Tel : 0522 62 98 09 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie AL DIAHAR 149 Quartier Al Barrechid Tel: 05 23 32 54 61 NIP: 00208447 | 29/08/23 | 227,40 |

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

ORDONNANCE

..... le 29.08.2023

Pharmacie AL IZDIHAR
149 Quartier AL IZDIHAR
Berrechid
Tél: 05 22 32 54 61
INPE: 002084447

x 3

ELWATTAH Amine

Solu-méthol 100 mg/2ml **SV**
1 inj /j ptt 3j

32,40

2) Difel 100 mg Sypso **SV**
1 sypso /j ptt 3j

22,20

3) Codoliprone **SV**
2 cap el/jo ptt 3j

22,40

Pharmacie AL IZDIHAR
149 Quartier AL IZDIHAR
Berrechid
Tél: 05 22 32 54 61
INPE: 002084447

Dr ISSAAD Samia
Gastro-Enterologie / Proctologie
Ang Bd Djebel Bou-Nar et la Grande Ceinture
Imme El Dorado Appt N°15 Casablanca
Tél: 0522 62 98 09

