

# 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 doivent être jointes à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée au 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

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 0 Réclamation                      | <a href="mailto:contact@mupras.com">contact@mupras.com</a>   |
| 0 Prise en charge                  | <a href="mailto:pec@mupras.com">pec@mupras.com</a>           |
| 0 Adhésion et changement de statut | <a href="mailto:adhesion@mupras.com">adhesion@mupras.com</a> |

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° W21-821966

203922

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **000 8352**

Société : **EX RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL MADAGHRI Najat**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 64 00 97 32**

Total des frais engagés : **649,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

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) :

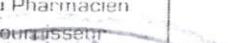
Le : / /



#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RECEPTE DE POURVOIR MONNAIES				
Demandes	Nation en Cours	Nombre et Coefficent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet Et signature du Meilleur attestant le Paiement des Ar
Actes 27 09 2014	Algérie CS	Montant détaillé des Honoraires 300 m	300 m	000166103

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	MONTANT DE LA FACTURE
	27/2/24	340,00

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## Important

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

LISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Meriem TOUIMI  
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE



- Echographie ostéo-articulaire (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie

**الدكتورة مريم تويمى  
بنجلون**

أخصائية في أمراض المفاصل والعظام والروماتزم

- الفحص بالصدى (باريس)
- أمراض هشاشة العظام (باريس)
- التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني (باريس)
- العلاج بالأدوية البيولوجية

27.02.2024

**Mme EL MDAGHRI Najat**

26,70  
1 EZIUM 20



PPV: 76DH70  
PER: 02/25  
LOT: M4120-2

1 le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

② 2 INFLAX GEL

1 le matin, à midi et le soir, pendant 20 jours.

149,10  
3 REUMADEP



REUMADEP® Capsules  
Contenu 16,35 g  
LOT:  
PER:  
PPC: 149,50 DH

1 le matin et le soir, pendant 1 mois. PUIS 1/J PENDANT 1 MOIS

40,00 42  
4 EFFIPRED 20 MG

2 cp et demi LE MATIN PENDANT 5J  
PUIS 2 CP LE MATIN PENDANT 5J  
puis 1 cp pendant 5j

EFFIPRED® 20 mg  
PPU 400H00  
EXP 04/2026  
LOT 32011 1

EFFIPRED 20 mg  
PPU 400H00  
EXP 04/2026  
LOT 32011 4

③ 5 BECIDOUZE

1 le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois.

34,60  
6 DULASTAN

1 le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours.

340,80

PPV: 34DH60

Dr Meriem TOUIMY BENJELLOUN



Angle Boulevard 2 Mars et Rue AMSTERDAM, 2ème étage - Appt N° 8 (Au dessus de McDonald's 2 Mars) - CASABLANCA

راوية زنة أمستدام وشارع 2 مارس الطابق الثاني رقم 8 (فوق ماكدونالدز 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E-mail : mtouimy@gmail.com