

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## ctique :

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

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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 à caractère personnel.

Nº P19-

063922

N°: 33535

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2647

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ETHASIA MHAMID

Date de naissance : 02/11/56

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... ACCUEIL

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 : CASABLANCA

Le : 01/04/2020

Signature de l'adhérent(e) : OM

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**
**Mle 2617**

 Nom & Prénom **CHATJIA MOHAMED Y.**

 Fonction **RETRAITÉ** Phones **06 70 27 40 25**

 Mail **ch.mohamed.ch@hotmaiil.frn**
**Signature de  
l'adherent**
**MEDECIN**

 Prénom du patient **MOHAMED**

 Adhérent  Conjoint  Enfant  Age **64 ans** Date **1/04/2020**

Nature de la maladie

Date 1ère visite

**CHRONIQUE**

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

**Nature des actes**
**Nbre de Coefficient**
**Montant détaillé des  
honoraires**
**PHARMACIE**

Date

Montant de la facture

**929.70**
**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date

 Désignation des  
Coefficients

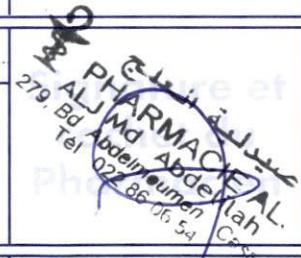
Montant détaillé des Honoraires

**CACHET**
**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Date

Nombre

 Montant détaillé des  
Honoraires

**AM**
**PC**
**IM**
**IV**
**CACHET**


صيدلية العلج

PHARMACIE ALJ

ALJ Mohamed Abdelilah

Université Paul Sabatier Toulouse

279, Bd Abdelmoumen

Casablanca 20100

05.22.86.06.54



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V : 239,00 DH  
Barcode  
6 118001 081035

Casablanca le : 01/04/2020  
Facture n° :

Client : KHAJIA MOHAMED

ICE :

Médicaments	Quantité	Prix. U.	Total
Diamicron	01	54.30	54.30
Amlor plus	02	246.00	492.00
Cardia 25	01	89.00	89.00
Co Aprovel	01	239.00	239.00
Cardioaspir	02	27.70	55.40
			929.70

ALJ  
PHARMACIE  
279 Bd Abdelmoumen Casablanca  
022 86 06 54

Pharmacie ALJ

279, Bd Abdelmoumen Casablanca

ICE : 001525945000041 – Patente : 34402734 – IF : 42044350 – RC : 180264

Cardioaspirine 100 mg/30cps O  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
  
6 118001 090280

LOT: 301  
PER: AUT 2022  
P.P.V: 89 DH 00  
28

54,00

Ne pas utilisé c'est ouvert  
246  
04/2022  
CJ3640

Ne pas utilisé c'est ouvert  
246  
04/2022  
CJ3640