

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Nº W19-548253

59626

<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 :	867	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Reuvre Zouggan
Nom & Prénom : LMDAGHRI Lalla Zahra			
Date de naissance : 1942			
Adresse : 60, Bd Sidi Abderrahmane Résidence JAWHARA APP 51			
Tél. :	066 09 76 387	Total des frais engagés :	1038,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 03/07/2020			
Nom et prénom du malade : LMDAGHRI Lalla Zahra. Age: 78 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
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 : CASA  
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 28/08/2020



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAMNIA Bo. Sidi Abderrahmane Casablanca 004-36	28/08/2022	1038.10

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

### **VOLET ADHERENT**

**Dr Alami Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi.  
Residence Jawhara  
Casablanca 20200**

## **ORDONNANCE**

03/07/2020

## LAMDAGHRI LALLA ZAHRA

984.06 XARELTO 20  
1cp a 12h

54.10 CARDENSIEL 2,5  
1cp 18h

1038.10

مکان انتخاب  
Mme LAMNIAI Brigitte  
harmacia de l'Aéroport d'Anfa  
2 bis, Bd. Sidi Abderrahmane  
Tél: 39.08.36 - Casablanca

Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd Grégoire - 92130 Clichy  
Tél. 01 39 12 22 22 - 01 39 12 78 07

A photograph of a Xarelto 20 mg box and a blister pack of tablets. The box is white with blue and red text. The blister pack contains several orange and white tablets.

Professeur Alami Mohamed, 264 Bd Ghandi, Casablanca. Tel 022 390112; Urgences 061157806

# صيدلية مطار أنفا Pharmacie de L'Aéroport d'Anfa

72 Bis, Bd Sidi Abderrahmane  
Beauséjour - Casablanca  
Tél. : 05 22 39 06 36  
Patente : 34809417  
I.F. : 51146575  
I.C.E. : 001668627000079

**Lamnai Brigitte** المنجي بريجيت  
Diplômée de la Faculté de  
Pharmacie de Paris - Sud

Casablanca, le : 28/08/2023

M LAN D A G H R I L A L L A Z A H R A DOIT

Quantité	Désignation	P.U.	P. Total
1	condensiel 2.5 m <sup>3</sup>	5110	5110
1	Xonelta 2.0 m <sup>3</sup>	984.00	984.00
			10381.00

Mme LAMNIA Brigitte  
 Pharmacie 2010 Abderrahmane  
 2 Biar 390626 - Casablanca  
 TAI: 39.06.26 - Casablanca

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Mille Trente Huit dinhams et dix centimes**