

## 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° W19-571032

Y23U3

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11679

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Eddrisi YOUSSEF

Date de naissance : 20/08/1976

Adresse : Rue 142 N 157 A, à hoch - c252

Tél. : 066250378 Total des frais engagés : 50,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Lien de parenté :

Nature de la maladie : ACHAT

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
<p><b>92085752</b></p> <p><b>PHARMACIE BOULEVARD QODS</b></p> <p><b>SLACI HAMDA ZAHRA</b></p> <p>54, Boulevard El Qods Casablanca</p> <p>Tel : 05 22 52 39 39</p>	<i>16/09/2010</i>	<i>50,70</i>

  

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

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

**PHARMACIÈ BD EL QODS**

54 Boulevard El qods Hay Inara 1 Lotissement  
 Logemo 20460 AIN CHOK  
 ICE 001889978000063

LOT: A080054  
 PER: 01-2021  
 PPV: 33,00DH

**Facture N°: 219 332**

Ref N°: 16/09/20/ 39

**Client:****Client Comptoir**

\*

**aracét**

LOT 191223  
 EXP 05/21  
 PPV 17,50 DH

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
SPECTRUM 0.3% COLLYRE	CL	1	33,00	33,00
COQUELUSEDAL PARA NOU	SU	1	17,70	17,70
<b>Total à Payer:</b>				50,70

**La présente facture est arrêtée à la somme de:****### CINQUANTE DIRHAMS SOIXANTE DIX CENTIMES###**

Le : 16-septembre-2020

PHARMACIE BOULEVARD QODS  
 SLAUI HAMDA ZAHRA  
 54 Boulevard El Qods  
 Tel: 05 22 52 39 39  
 Chianca