

## 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 à 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° W19-576595

48775

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 10308      Société : RAA

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : Bougaddou Fatima

Date de naissance :

Adresse : Aferrdaous App FHB 8 Elg 2 ouf Pa

.....casa

Tél. : 06.02.46.76.56      Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin Hôpital Universitaire International Chakib Khalifa  
REFÉRENTE EN CHIRURGIEN

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/2020

Nom et prénom du malade : RAFIA BEN ARIJ      Age : 25

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle      REFÉRENTE EN CHIRURGIEN

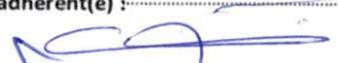
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiellement à l'attention du REFÉRENTE EN CHIRURGIEN

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : casa      Le : 20/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/01 2020		1	Gratuit	INP : HONORAIRES PAIEMENT FAISAN REFERENCE N° 101109254

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POUR CLINIQUE Dr. TIR Abdellaziz 3, Béchir M'hamed Hay Hassani 0522 90 21 67	20/11/16	100,90

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

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة

Lot : 110186  
Date de Fab : 05.2019  
Date de Pér : 05.2021  
PPC : 99 Dhs

وصفه طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

Brindate un voto  
a la Patria, a la  
República, a la  
Constitución, a la  
Justicia, a la  
Igualdad, a la  
Fraternidad, a la  
Solidaridad, a la  
Paz, a la  
Felicidad, a la  
Liberación, a la  
Vida, a la  
Familia, a la  
Amistad, a la  
Cultura, a la  
Ciencia, a la  
Religión, a la  
Moral, a la  
Dignidad, a la  
Respeto, a la  
Justicia, a la  
Equidad, a la  
Transparencia,  
y a la  
Verdad.

35,70

36,20  
v x

Erhw

(5)

S. I.

934.00

Tritium

I sach (j) h

**Adresse :** Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca **Maroc**

Tél : +212 529 004 866 • Fax : +212 529 038 868 • [www.hck.m](http://www.hck.m)

~~99.06) x Pharm~~



Isdat li

~~35 go  
5 j'ellojue  
I corli le  
nole + le ne~~ a m chi

~~Emoli go~~

**PHARMACIE POLYCLINIQUE**  
**Dr. TDR Abdelaziz**  
**58, Route Mly Thami Hay Hassan**  
**Tél: 0522 90 21 67 Casa**

