

# 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.

## **optique :**

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.

## **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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Nº P19- 0039933

Optique *52.349*  Autres

### **Maladie**

### **Dentaire**

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3097* Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *HAFIDA DRISS*

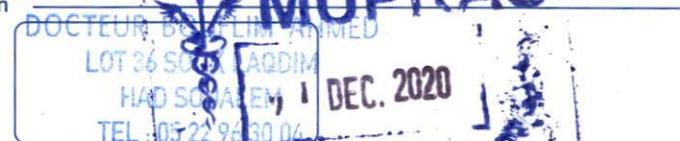
Date de naissance : *1-1-1951*

Adresse : *B.P. n° 47 AGENCE ABB SIDI RACHID*

*PLAGE C.P. 26 433 50*

Tél. *06 77 43 78 42* Total des frais engagés. *139,00 + 388,10* Dhs

#### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : *05/12/2020*

Nom et prénom du malade : *ABOUTAIB FAHIMA* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *HTA + Diabète pris*

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 : *HAD SOUALEM* Le : *21/12/2020*

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
25/02/2016	c.	1	130,00 DA	DOCTEUR BOUFLIM AHMED LOT : SOUK LARDIM MAD SOUALEM TEL : 05 22 96 30 94

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 5/22/20		388,10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Ahmed BOUFLIM**

Médecine Générale  
Diplômé en Echographie  
(Montpellier - France)  
Lot N° 36 Souk LAQDIM  
Had Soualem  
Tél : 05 22 96 30 04

**الدكتور أحمد بوفلليم**

الطب العام  
الفحص بالصدى الصوتي  
(مونبولي - فرنسا)  
36 السوق القديم  
حد السوالم  
الهاتف : 05 22 96 30 04

Had Soualem, le :

5/12/2020

m<sup>r</sup> ABOUTAB **FATNA**

71,00

11 Aténor 100mg 4

LOT: 201159  
PER: 04-2023  
PPV: 140,00 DH

140,00 100mg

21 Ondes douces

Lot : 200384  
à consommer de  
préférence avant le : 07/2023  
PPC : 79,50 DH

29,50 1 gel à la main

46,00  
LOT 200295 1  
EXP 02 2025  
PPV 46.00

33 Carbosorb

PPV: 14DH40  
PER: 05/21  
LOT: H1237

46,00 2gr x 4

44 Digestine

Dou  
DAR BOU  
DR  
Toute la gamme d'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quarai Arsalane-Rue Ammot Invia  
BP 10077 CASABLANCA-MAROC  
Fucithalmic® 1% gel ophthalmique  
Tube de 3 g  
AMM N°184  
DMP/21/NRQ  
PPV: 37 DH 20 6 118001 200818

14,40 1 gel à jaune

55 Deltifree 100mg 3/

DOCTEUR BOUFLIM AHMED  
LOT 36 SOUK LAQDIM  
HAD SOUALEM  
TEL : 05 22 96 30 04

37,20

68 Fuci thalmic 1\$

388,10 DH 100ml le lot