

## 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.

<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 : <b>3482</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) Autre :		
Nom & Prénom : <b>ASSEL Abdelhamid</b>			
Date de naissance : <b>18/04/52</b>			
Adresse : <b>23 Rue Moulay Habib Bourguiba - Casablanca</b>			
Tél. : <b>0661 31 15 42</b>	Total des frais engagés : <b>921,00 Dhs</b>		

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Age :			
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 : **Casablanca** **Le : 08/01/2008**  
Signature de l'adhérent(e) : **JF**

## **RELEVE DES RAIS 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**

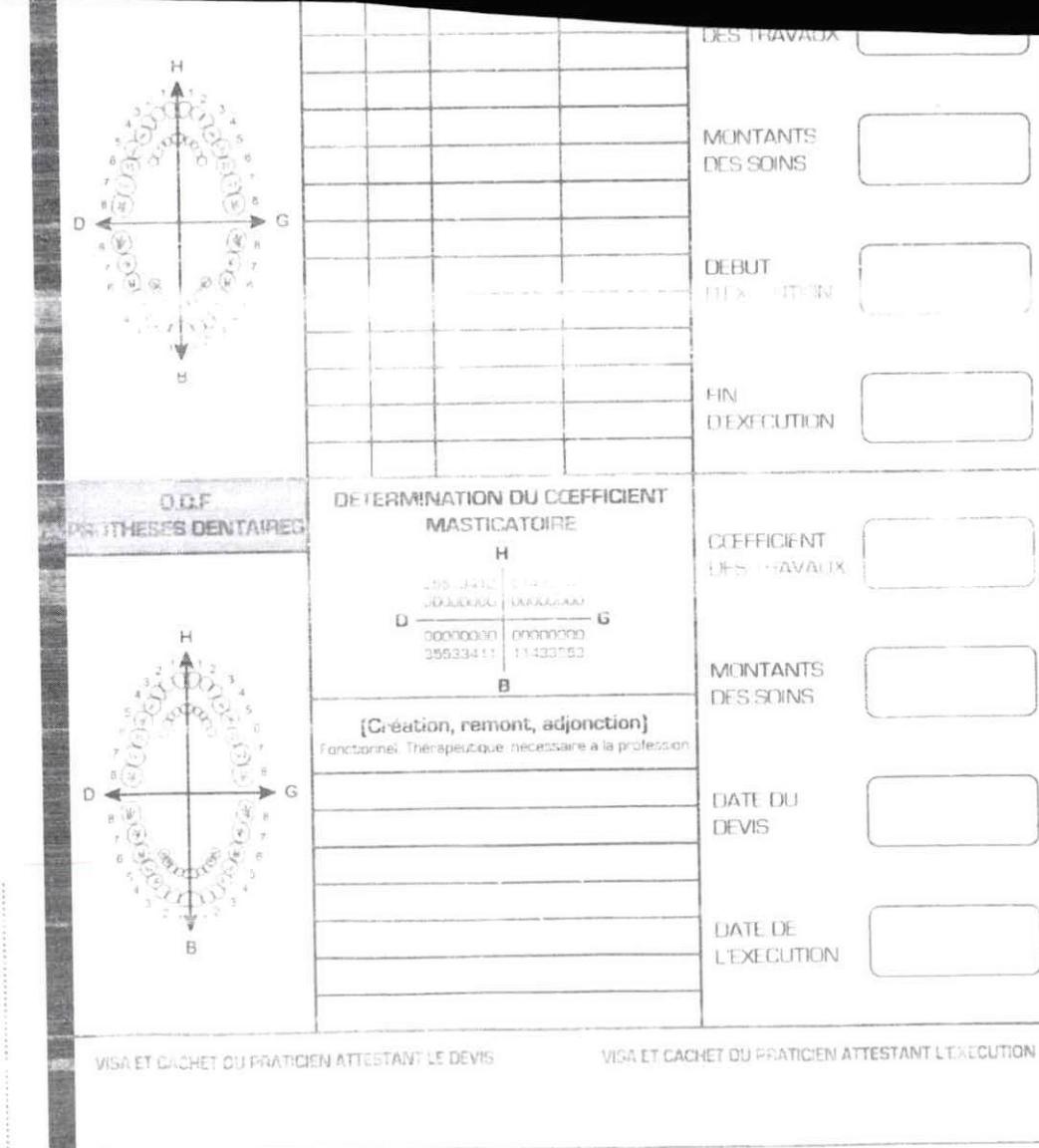
EXÉCUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<i>MITIERS PHARMACIE L'ANCIENNE MAISON 63-65 AV. GAMBETTA TBL 05 25 30 00 00</i>	<i>07/11/2019</i>	<i>921,02</i>	
		<i>KARDEGIC 75MG SACHETS B30 P.P.V : 30DH70 6 118000 861847</i>	<i>EXFORGE MCT O 10mg/160mg/25mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361.00 DH</i>
	<i>ANALYSE PER 10.11.2021</i>		<i>1125007-A17-MA</i>
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Montant des Cœfficients	Montant des Honoraires

ACCESSOIRES MEDICAUX

AVAILABILITÉS MÉDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Scans	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHESIVE

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



**PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR**

Mme Zineb BENNIS

63 - 65 Bd Yaacoub El Mansour

Tél.: 05 22 25 52 04

Patente : 35803032 - CNSS : 1470195

ICE : 001619014000060

Casa, le 07/11/2019

M. Adel Dallea

Qté	Désignation	P.U.	Montant
1	Galvus 50   1000	-	390,00
1	Kardigic 75	-	30,00
1	Tenov	-	83,10
1	Eafri 80   160   25	-	361,00
1	Benzelmid 61	-	36,20
1	Benzelmid PA	-	29,00
			<u>921,00</u>
 6 118001 031092 GALVUS MET® 50 mg/1000 mg Boîte de 60 comprimés pelliculés PPV : 390.00 DH			
LOT 13003 PER 10/23 PPV 36DH20			
17.10.23 10/23 PPV 200H			
Tota			

83,10