

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 07565			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAALANI Mustapha			
Date de naissance : 05/05/1960			
Adresse : 47 Rue Jaafar Ibmalia Rue Elhamd Etg2 Appr 03 Bruxelles Casablanca			
Tél. : 06 68 96 51 91 Total des frais engagés : 428,80 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 24/12/2019			
Nom et prénom du malade : ABOUL HADIS sonad			
Age: 71			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :oulx artificiel			
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

Le : 24/12/2019

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
26/12/19	C		300	INF : INPE091164574
				دسان بوعمار نويسان Housam BOUAYMANE طبيب العظام et le traumatologique orthopedie du Genou 200 245

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;"><i>ARMERIA TUEAU N. NHMA 10151 Paris 10<sup>e</sup> de Paris V Rue de l'Abbaye d'Illon Attia Bourguiba 100-100</i></p>	26/08/2019	<p style="text-align: right;"><i>Chirurgie de Chirurgie de 71. B. Montant de la Facture</i></p> <p style="text-align: right;">128,80</p> <p style="text-align: right;">E: 001703342000085</p>

## **ANALYSES - RADIographies**

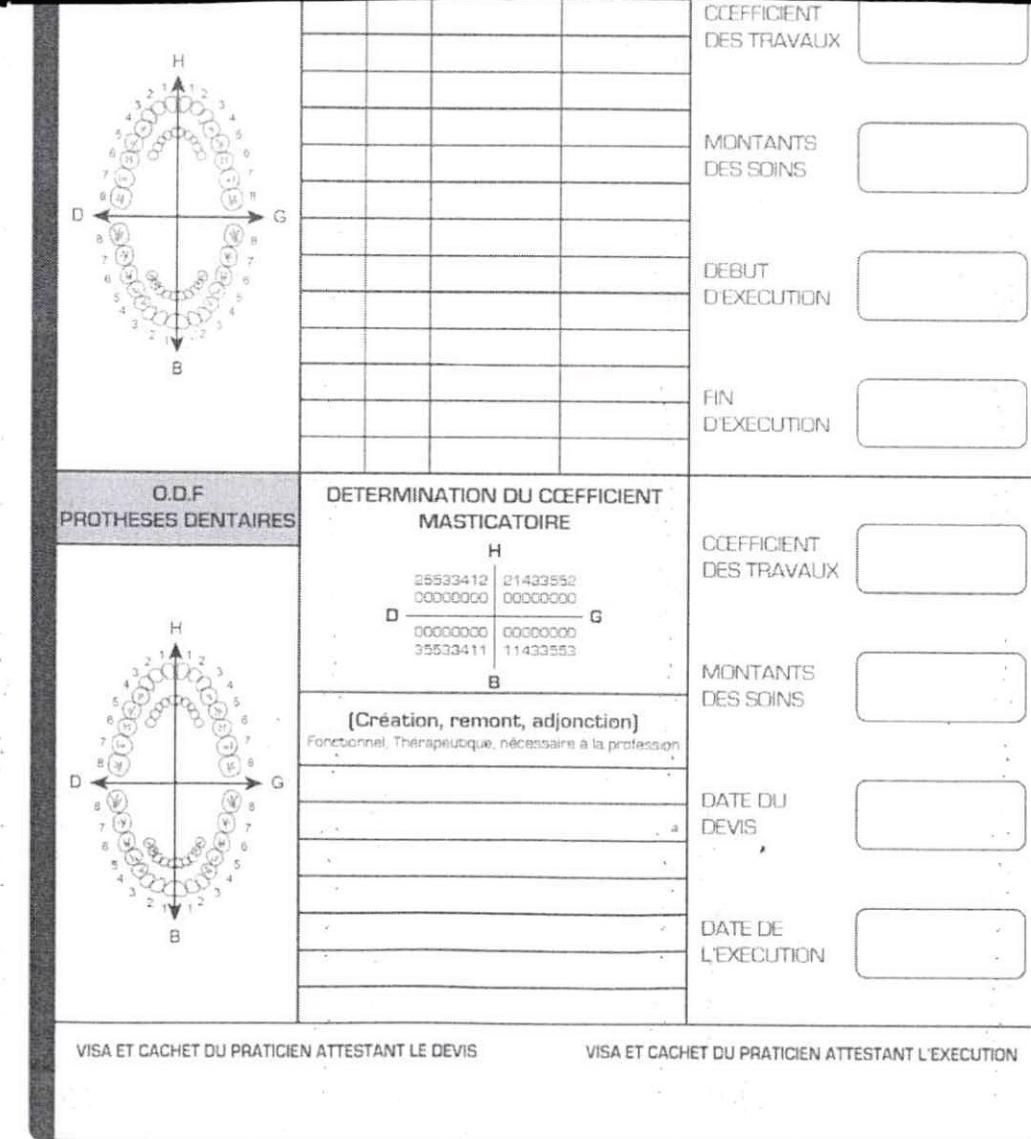
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VOLET ADHERENT

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



اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
جراحة اليد - جراحة الركبة  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie de la Main - Chirurgie du Genou  
Expert en Évaluation des Dommages Corporels

LE 24/12/2019

MME ABOULHADI SOUAD

39,00

1/ MEFSAL 15



39,00

031619 05/24  
PPV 37DH00

37,00

2/ DULASTAN



1 - 0 - 0 Après repas pendant 10 j

52,80

3/ PRAZOL



PPV : 52DH00  
PER : 11/21  
LOT : I956-4

1 - 0 - 0 Avant repas pendant 10 jours

128,80

PHARMACIE IDEAL  
N. NJIMA

Dr en Pharmacie de Paris V

21, Rue Jésuit Ibnou Attia Bourgogne  
Tél. : 0522 20.14.85 - Casablanca

ICE: 001703342000085

الدكتور حسام بويرمان  
Dr. Houssam BOUYARMANE  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie de la Main - Chirurgie du Genou  
71, Bd. d'Anfa - Tel. : 0522 200 0077

71, شارع أنفا - الدار البيضاء

Tél. : 0522 200 245 - Fax : 0522 200 681 - orthocasa@yahoo.fr - ICE: 001682922000077