

# 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.

*[Signature]*

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> <b>23892</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule :	12396		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ZGUENDI KARIM
Nom & Prénom :		11/08/1985	
Date de naissance :			
Adresse :		N°6 Lot. Yakout. Sidi Maârouf Casablanca	
Tél. :		0661719334 Total des frais engagés :	
Dhs			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
<i>[Signature]</i>			
Date de consultation :			
28/01/2020			
Nom et prénom du malade :			
ZGUENDI NAEF			
Age:			
Lien de parenté :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
cariostatite - vacun			
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.			
05 MAI 2020			

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

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
20/01/2010	Sx	Sx.	200,00	INP : 091473550
				<i>Dr. J. P. S. 20/01/2010</i>
				<i>091473550</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Pharmacie M.R.JAN</i></p> <p><i>GASTRONOMIE AEP. BELHAOUA</i></p> <p>Mme. HJELMELD Communal Sidi Moussa</p> <p>BD 50, 15190 Tizi Ouzou</p> <p>Tél. : 06 72 32 19 50</p>	28/11/20	562,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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 Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

**Dr. Salma BENKIRANE**

دكتورة سلمى بنكيران

Pédiatre - Allergologue  
Homéopathe  
Ancienne interne  
du CHU Ibn Rochd

# **الخصائصية في أمراض الطفل والرضع والحساسية ومرض الربو المعالجة الأميوبياتية**

الدار البيضاء في : ٢٨ / ٠١ / ٢٠٢٤ Casablanca, le :

Zgundi Naëf

439,00

2090

Pharmacie MORJANA  
CASA S.A.R.L.A.U  
NADIA EP. BEI HAJ SOUL  
Commun

Mme. HJIAJ NADIA  
Bd 50, 15 Lot Comm  
Tel. : 05 22

ZENITH Pharma  
MMN-171/16DMP/21NNPR

6 118001 272228  
PPV: 20.90 P%

18,50

18, 60

## 5) Alumina ~~5Cu/SiO<sub>2</sub>~~ SP

18, 10

6/ Arnica GSP logeables JU  
puis 3 j roulés à 4 l/3 de lait

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
**HEXAXIM 0.5ML 1F 2AIG**  
**P.P.V: 439,00 DH**

372, Lotissement Al Mostakbal, GH42, RDC, App. 1, Sidi Maârouf, Casablanca  
Tél: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 22 - E-mail: almostakbal@orange.ma

Tél.: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 • E-mail : [drsalmbenkirane@gmail.com](mailto:drsalmbenkirane@gmail.com)

Patente : 36119778 • INPE : 091173559 • ICE : 001737284000010

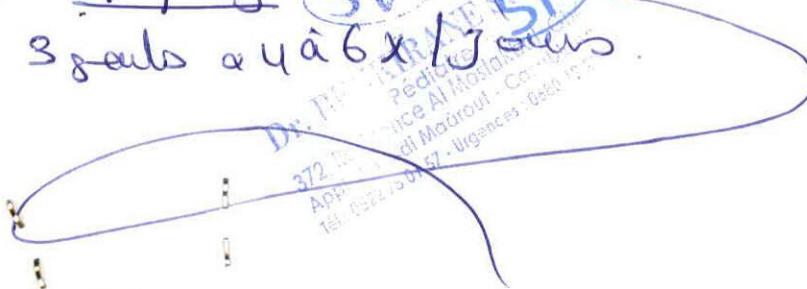
6/ calcarée carbonique 18cl1.

18,10  
15yreus. Béune

fevrier. polt le sénior.

Pour la cicatrisation de l'excision.

18,10 Omphalopexie 5cl1 ou 3cl1.  
3 peuls à 4 à 6 x 1/3 peuls.



56210