

# 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.



# Déclaration de Maladie

ND  
24283  
CA  
N° W19-597176

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0738

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DERNOJN

i 20H A

Date de naissance :

1945

Adresse :

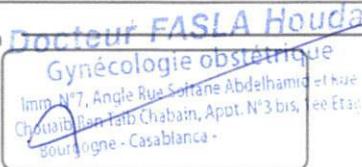
602 3d Zerktoumi - Casab

Tél. :

0661215487

Total des frais engagés : 504,00 Mdh

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

07/05/2021

Demreumi Zahra

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

infection genitale

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'attédocteur conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/05/2021



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-597176

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Demreumi Zahra

Nom de l'adhérent(e) :

300+204

## 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
07/05/21	CS		3000H	INP : 35461344 Signature FASLA Houda Centre de gynécologie obstétrique et de l'infertilité Soltane Abdelhamid et Rue N°3 bis, 1 <sup>er</sup> Etage

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
02/05/2021	204,100

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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	

#### VIOLET ADHERENT

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

## 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 radioographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations complémentaires.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Casablanca le: .....

07 MAI 2021

ame Dernanji  
Lohra.



Pharmacie AL FARABI  
45, Bd de Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522.27.35.82  
TP: 35601098 - ICE: 001654187000019  
INPE 092004639



28,00 1/ Retroyal cuvele  
raele le soir p't uo.

2/ Sohrelle cième  
1 Dspf



3/ Sa Ruelle Gel hydratant  
78,00 pour hygiène intime

4/ Bébend crème

98,00 Dhs / cm  $\frac{1}{2}$  cm p'tit crème

✓ 20,00

**Pharmacie AL FARABI**  
*LAHBABI Amina*  
45, Bd de Bourgogne - Casablanca  
Tél: 052 227 35 82  
T.P. 35601098 - ICE: 001654187000019  
INPE 092004639



**METROZAL®**  
Métronidazole 500 mg  
Boîte de 10 ovules  
PPV : 28,00 DH  
6 1181 00 190950

Lot: 103  
EXP: 01-2023  
PPV: 98,00 Dhs

**COOPER PHARMA**  
PPC: 78,00 DH

