

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## soins 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.

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.

## Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01981

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FARAHATE YOUSSEF

Date de naissance :

27.10.55

Adresse :

19, rue bracelet, Alibay

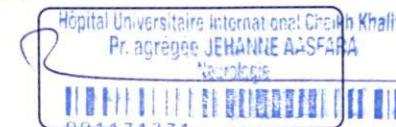
Tél. : 0564.071569

Total des frais engagés : 144.3.300

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/08/2001

Nom et prénom du malade : FARAHATE YOUSSEF Age : 01.03.00

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hypertension

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

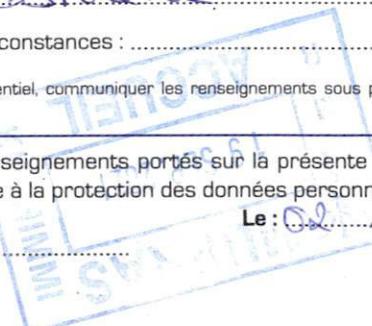
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Tanger

Le : 01/08/2001

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
02/28/2021				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Bd. Mly Slimane Béni Makada - TANGER Tel.: 069 95 66 29 	02-08-21	44.0.30 <sup>06</sup>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

~~PARAHATE~~ HONDA

62.90 x 7

14

Nestino



$\times 10^3$  1/2

× 03 mis

**Distributeur au Maroc:**  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC  
**PPV : 62.90 DH**

PPV : 62.9% NH

T<sub>1</sub> 1110, 30°<sup>04</sup>

**PPV : 62,90 D**

**Distributeur au Maroc:**  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC  
**PPV : 62,90 DH**

**Distributeur au Maroc:**  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC

**Distributeur au Maroc:**  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC

PPV : 62,90 DH

**Distributeur au Maroc:**  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC

PPV : 62.90 DH

**Distributeur au Maroc:**  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC

PPV : 62,90 DH

**valable 3 mois**

Le 02/08/2021

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

*Auto-immune*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*03 mois*

Dont ci-joint ordonnance :

*RITUXIMAB*

(à défaut noter le traitement prescrit)

*Perfusion / 6 mois*