

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

N° M21- 1050957

9678

MUPRAS  
RECEPTION

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01713 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ISMAÏL HASSANE

Date de naissance : 01-02-1955

Adresse : LOT EL OUAFA N°564 DEROUA

Tél. : 0661155743 Total des frais engagés : 1480,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/12/2011

Nom et prénom du malade : ISMAÏL HASSANE Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 2012/12/01

Le : 20.12.11

Signature de l'adhérent(e) :



**Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019**

RELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes	Actes	Dates
02/12/91	02/12/91	02/12/91	02/12/91	02/12/91	02/12/91
EXÉCUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien					
Date	Montant de la Facture	Qualité du Pionnier			
02/12/91	1180,80	Cachet et signature du Pharmacien			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue					
Date	Designation des Géofrénets	Montant des Honoraires	Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue		
02/12/91	1180,80	02/12/91	Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue		
AUXILIARIES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien					
Montant détaillé des Honoraires	Nombre	Date des Soins	AM	PC	IM
02/12/91	1180,80	02/12/91	02/12/91	02/12/91	02/12/91



1<sup>er</sup> Ismaili Nalika

149.00 X 6

1) Dipugen 100/18 (ST) 149.00 X 6

147.00 X 6

2) xedilol 6,20 (ST) 147.00 X 6

PPV 149DH70  
PER 05/24  
LOT K1407

HT 3 mrs

PPV 149DH70  
PER 05/24  
LOT K1407

PPV 149DH70  
PER 10/24  
LOT K2593

PPV 149DH70  
PER 11/24  
LOT K2593

LOT 202517 1

EXP 10 2023  
47.00

EXP 06 2024

PPV 47.00

EXP 03 2024

PPV 47.00

EXP 01 2023

PPV 47.00

EXP 06 2024

PPV 47.00

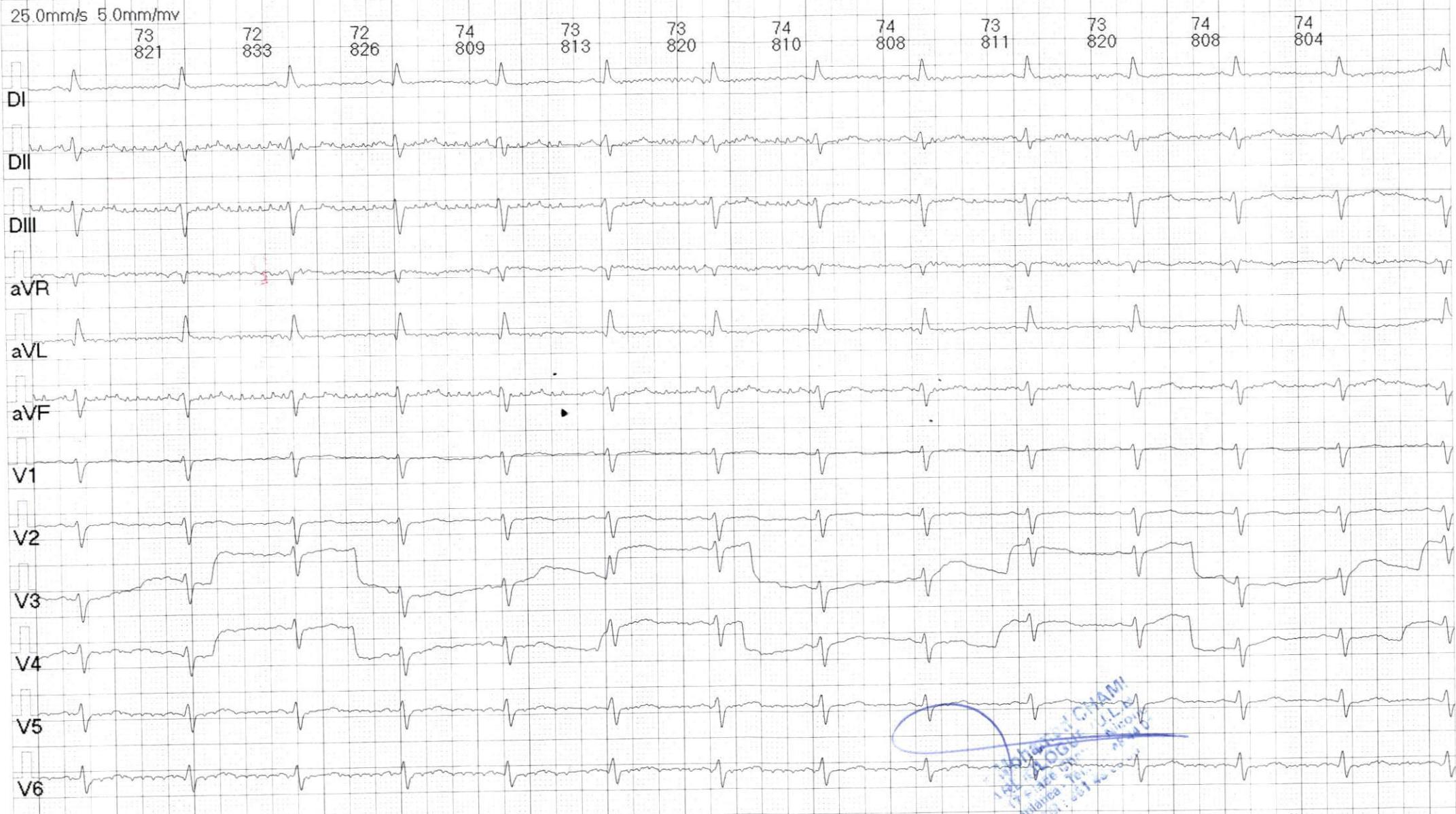
EXP 06 2024

PPV 47.00

PPV 149DH70  
PER 03/24  
LOT K660

PPV 149DH70  
PER 10/22  
LOT 12370





Filtre Principal:On Filtre ADS:On