

## 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 A.I.D et A.L.C :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

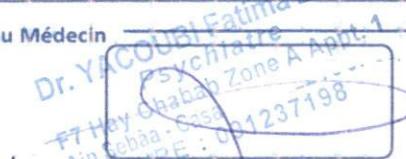
### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-683670

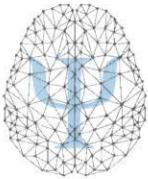
103438

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10304	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : <i>Veuve de Merzouki Idrissi Mohamed</i>	
Nom & Prénom : <i>Veuve de Merzouki Idrissi Mohamed</i>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 43 96 01 02 Total des frais engagés : 0 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center;">    <i>2a</i> 01/2022         </div>			
<p>Date de consultation : <i>2a</i></p> <p>Nom et prénom du malade : <i>MERZOUKI IDRISI BHALAS</i> Age : <i>65</i></p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <i>affection psych</i></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>MUPRAS</i></p> <p>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.</p>			
<p>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.</p> <p>Fait à : <i>Coqueli</i> Le : <i>28/01/2022</i></p> <p>Signature de l'adhérent(e) : <i>JAC BOIZ</i></p>			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Moriant de la Facture
INPE + 00 2018159 PHARMACIE CHARAB CASA Gé Chabat, Iam. 44 Mo 3716 2a Sebaa Berneussi Casab Tél. 05 22 75 22 00	29/01/22	274,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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					
		AM	PC	IM	IV		



Nom : Institut Reigaline  
IDRISI

Date : 29.01.22

LOT : 338  
PER : MAI 2023  
PPV : 126 DH 80

126,80

1 - No step caps

1/2 (x2 jn)

LOT 21048/FC16  
02/2024 PPC 84,70

84,70

2/2 Zen 2g

*PHARMACEUTIQUE DU  
1er Chabab Zone A Mar N° 37/38  
55 Sebâa Bernoussi Casablanca  
Tél : 05 22 75 59 15*

Lot : 3483  
Mfg : 03 2021  
EXP. : 03 2024  
BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH

Dr. YACOUBI Fatima Zahra  
Psychiatre  
Hay Chabab Zone A App. 1  
INPE : 091237198  
Ain Sebâa / CASA

274,90

stresam

sil 50  
(sibac)

1  
(x7 jn)

1

0

0