

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1207 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : 103831

Nom & Prénom : FATIHI ABDELLAH

Date de naissance : 11/11/1952

Adresse : HAY EL GOLDS RES FLAT IN B N° 1 RABAT

Tél. : 0676066278 Total des frais engagés : ..... Dhs

063228237

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/2021

Nom et prénom du malade : Dr. SOUAD OUZI. Fakir Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dr. SOUAD OUZI. Fakir

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 : .....

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
20/12/2022	C		15000	Dr. Souhaib Diététicien Médecine Générale D.I.U. ad Souhaib Diététicien

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/2024	397,90 €

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr.Souad OUZIT**

Médecine générale

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Montpellier  
En Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بونبولي

على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le : ..... **20 décembre 2024** الدار البيضاء

**Mme DIYANI FATHA**

THYROZOL 10 mg  
1.0.1  
D CURE FORTE 100.000

1 AMP /15JOURS

Traitements pendant : 3 Mois

LOT 210585  
EXP 12/2023  
PPV 99.00DH

Thyrozol 10 mg Comprimé  
pelliculé sécable, Boite de 30  
PPV 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable:  
Amina DAoudi  
Barcode: 6 118001 103065

Thyrozol 10 mg Comprimé  
pelliculé sécable, Boite de 30  
PPV 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable:  
Amina DAoudi  
Barcode: 6 118001 103065

Thyrozol 10 mg Comprimé  
pelliculé sécable, Boite de 30  
PPV 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable:  
Amina DAoudi  
Barcode: 6 118001 103065

Rendez vous le :

05 22 73 72 72 شارع صهيب الرومي الطايف الأول - منصور 3 البرنوسي / البيضاء - الهاتف :  
373, Bd. Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III - Bernoussi - Casa - Tél.: 05 22 73 72 72

**Dr. Souad OUZIT**  
Médecine Générale  
Diététique et Diabétique  
Bd. Souhaib Erroumi 1er Etage  
Mansour III - Bernoussi - Casa