

# 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.

N° W21-658276

115245

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>9683</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ASSAD JAMILA</b>			
Date de naissance : <b>19/10/1961</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>06 63 07 56 19</b>		Total des frais engagés : <b>150 + 49,180</b>	
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>09 Mars 2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>N° ASSAD Jamila</b>			
Age : <b>58</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : <b>Pharyngite + HTA</b>			
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'att. médecin 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 : <b>Le 09/03/2022</b>			
Signature de l'adhérent(e) :			

**BONITA** **MUPRAS**

## 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
29 Juin 82	C	1	150,00 dh.	INP : 091033365 BESNI BABA Envoi de la facture au Dr. BESNI BABA le 30.11.1982

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MEDICAL</b> Noureddine BEN Docteur en Pharmacie Ad. : 05 22 86 06 70	09/03/82	491,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

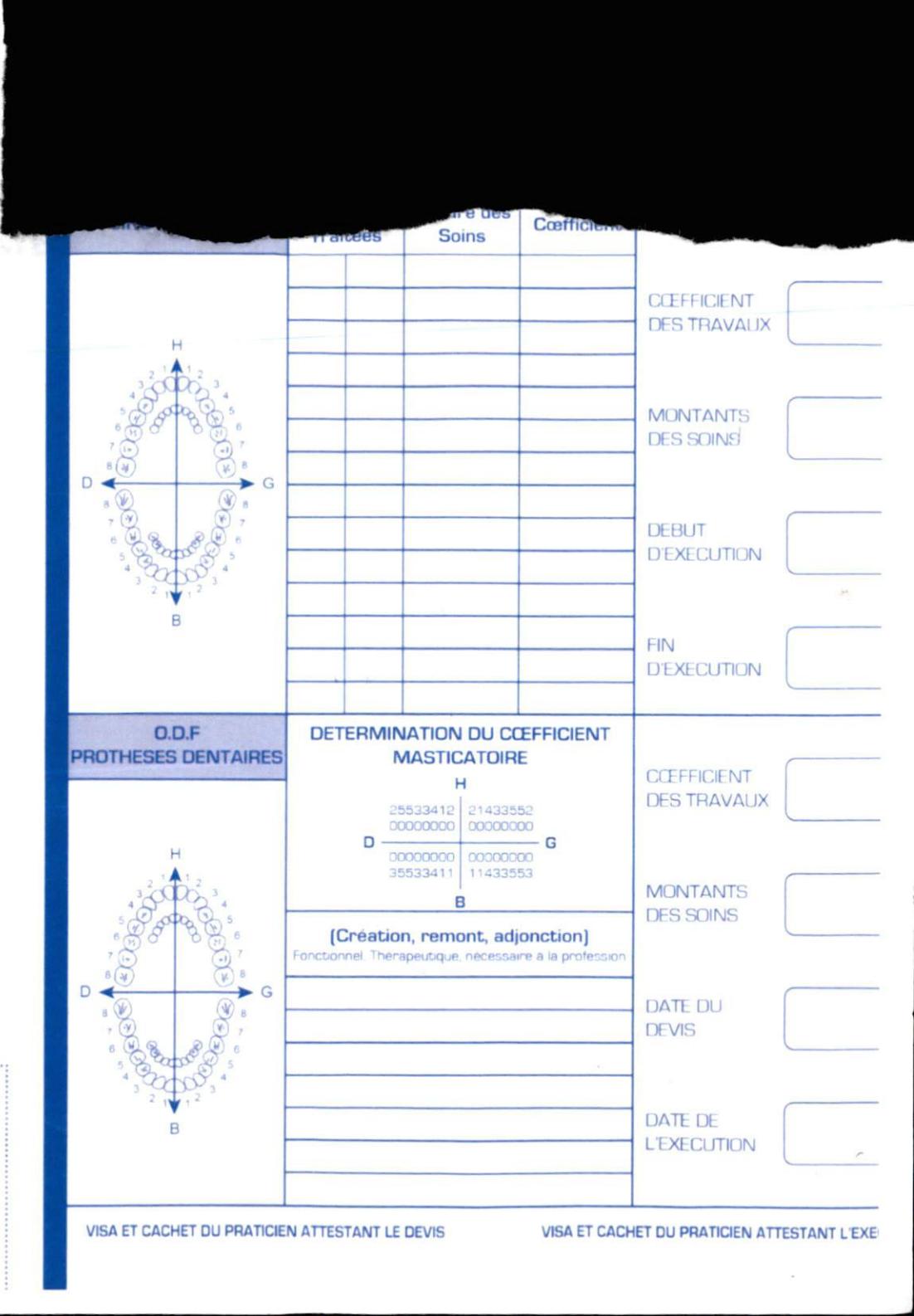
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Docteur BESRI Rabéa

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômée en Echographie  
de la Faculté de Médecine de Paris  
GYNÉCOLOGIE MÉDICALE  
Médecine de Travail  
Médecin Expert Assermentée  
Auprès des Tribunaux

786, Bd El Qods - Mandarona - Aïn Chok  
Casablanca - Tél : 05 22 50 11 82

الدكتورة بصرى بوعيدة

طب العام

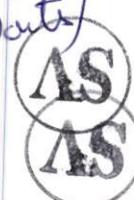
اختصاصية في الفحص بالصدى  
خريجة كلية الطب بباريس  
أمراض النساء  
طب الشغل  
طبية محلقة لدى المحاكم

786, شارع القدس - منظرنا - عين الشق  
05 22 50 11 82 : الدار البيضاء - الهاتف

Casablanca, le 09 Mars 22. الدار البيضاء، في

n° : ASSAD Jamila.

97,90 x 3  
- Kevlone 20 mg. (3 boîtes)  
1 paquet 10



79,70 Zithromax 500

UTAV: 0 7 2 3 3 3  
LOT N°: FK315 79,70  
P.P.V.

58,40 Solvance 20  
- 281/1<sup>st</sup> matin

79,70  
58,40

30,100 x 8 doses 20 (2 boîtes de 7 g)

LOT 210579  
EXP 12/2023  
PPV 30.00DH

491,80

PHARMACIE MERIEUX  
موريوكس  
Noureddine BA  
Doctor en Pharmacie  
Bd. Abdellmoumen Casa  
311. Tel.: 05 22 86 05 70f.  
Selcine  
M. C. 1000  
El Qods - Casablanca

LOT 210385  
EXP 12/2023  
PPV 30.00DH