

# 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 vignette 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0005842

Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Elouassini Habiba

Date de naissance : 26/10/67

Adresse : Hanq Choufai, Rue 1, N° 87 Ain Chock Casablanca

Tél. : 06.10.33.55.37

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENLAAL ELGHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121  
Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

Date de consultation : 26/10/18

Nom et prénom du malade : M. E.L ouASSINI HABIBA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gastrite opérale

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 : .....

Le : .....

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
26/05/22	C.		300.DH	Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121 Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/05/96	1093,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد  
والسكري والتغذية

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le ..... 26/10/12

بالموعد

الدار البيضاء في

Mme EL OUASSINI HABIBA



13,40x3

LEVOTHYROX 50	1 comprimé	le matin
6,80x3		
LEVOTHYROX 25	1 comprimé	le matin
UN ALFA 1 $\mu$ G	1 comprimé	matin et soir
172,20	x 6	



TRAITEMENT DE 3 MOIS

T.  
109888  
CHTRA RUE 15 N°214  
Boulevard Qods  
Rés les Rosiers  
Appt 121  
Ain Choc, Casablanca - Tél: 0522 870 890

Doctor BENLALLA ELGHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121  
Ain Choc, Casablanca - Tel: 0522 870 890



T. svp --->

**6 118001 102013**  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

**6 118001 102013**  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

**6 118001 102013**  
Levothyrox® 50µg  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

**6 118001 102006**  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

**6 118001 102006**  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

**6 118001 102006**  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

**Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
**UN-ALFA® 1 µg capsule**  
Boîte de 30 capsules

**6 118001 200740**  
**PPV: 172 DH 20**

**Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
**UN-ALFA® 1 µg capsule**  
Boîte de 30 capsules

**6 118001 200740**  
**PPV: 172 DH 20**

**Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
**UN-ALFA® 1 µg capsule**  
Boîte de 30 capsules

**6 118001 200740**  
**PPV: 172 DH 20**

**Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
**UN-ALFA® 1 µg capsule**  
Boîte de 30 capsules

**6 118001 200740**  
**PPV: 172 DH 20**

**Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
**UN-ALFA® 1 µg capsule**  
Boîte de 30 capsules

**6 118001 200740**  
**PPV: 172 DH 20**