

# 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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

**MUPRAS  
RECEPTION**

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4216

Société : RAT, 118928

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Boulewaite Jewel

Date de naissance : 01.01.1940

Adresse : EN WAFA H 299 DEROUA

Tél. : 0662135066

Total des frais engagés : 235 + 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01 Juin 2022

Nom et prénom du malade : KHALLOUF Hakima, Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : jartoul

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 : DEROUA

Le : 01/06/22

Signature de l'adhérent(e) : Hakima Khalouf

#### **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
01 Juin 2022		5	250,00	Dr Abderrahim BONNA Endocrinologue - Diabétologue 1 Avenue M. Ben Khedda Bab Ezzouar - Tel. 0522 32 87 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ET 44 lotissement Béroula Fix : 05.22.53.20.54	1-6-22	235,-00

## **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 l'ODF.

**Dr. Abderrahim Bokhamy**

**SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE  
ET MALADIES METABOLIQUES**

**Diabète - Obésité - Nutrition  
Cholestérol - Glandes - Stérilité  
Ménopause - Andrologie**

**الدكتور عبد الرحيم بخامي**

**اختصاصي في أمراض السكري**

**الغدد و التغدية**

**السكر - التغدية - السمنة - الكوليسترون  
الإستراثيات الهرمونية - العقم**

PHARMA  
244 boulevard el wafaa  
Berrechid 78 53.20.54

Berrechid, le 01.06.2021 برشيد في

الخليل.

Habiba



\* 061011375\*

9510<sup>0</sup>  
- Extramag (S.V.)

10010<sup>0</sup> oedf 2  
= 810<sup>0</sup> (S.V.)

T : 23510<sup>0</sup>  
**Dr. Abderrahim Bokhamy**  
**SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE**  
**ET MALADIES METABOLIQUES**  
**INP : 061011375**  
**BERRECHID**

PHARMA  
244 boulevard el wafaa  
Berrechid 78 53.20.54

Fix : 06.22.53.20.54

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد  
هاتف العيادة : 06 66 352 787 - المحمول : 05 22 328 787

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

04/2021  
04/2024  
0521116

PPC = 95,00 DHS

V002 - 01/21  
ETEXMAC030CP



3 760162 579741

LOT : 211318  
PER : 04-2024  
PPV : 140,00DH

LOT N°:

UT.AV.: