

## 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

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

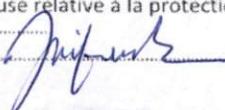
N° W21-722320

146602

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	11693	Société :	Ram
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Djouch Imad			
Date de naissance : 29.01.75			
Adresse : Habituelle			
Tél. : 0699 32 50 34 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Docteur DRIFI Hassan Médecine Générale Médecine des Urgences Av. Mohamed V Belvédère Télé: 22 24 14 90			
Date de consultation : 22/01/2023			
Nom et prénom du malade : Djouch HAFSA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : Djouch HAFSA			
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 : Casab Le : 23/01/2023

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
20/01/23	e	150 D		INP 1064630
<del>INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE CETTE FEUILLE EST SOUS SEURETE DES INFORMATIONS</del>				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>PHARMACIE DE MELLE</del> 16, Rue de la Paix, 65220 Melle	20/01/23	166,00 092029735

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

VOLET ADHERENT

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

	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
	<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/> DATE DU DEVIS
	<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000  D 00000000 00000000 35533411 11433553  G B
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	<input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
	<input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

L  
E  
X  
LOT : M0811  
PER : 07/2024  
PPU : 87,00 DH

PPC  
79.00 Dhs

# Ordonnance

le : 20.1.2023

Nom & prénom : Djamel HAMZA



Biofarmic

8700

M 101 dt 77



7900 \* Superfarm

21 10

166100 \*

Alixol

1 en x 3

Docteur DRIFI Hassan  
Médecine Générale  
Médecin des Urgences  
625, Avenue Hassan II Palvédère  
Tel : 05 22 21 14 90

PHARMACIE HABIB  
Dr. Hamza AL LOUCHI  
83 Rue Allal Ben Ahmed Amtik  
Boulevard, Casablanca  
Tél : 05 22 24 89 48