

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0015148 *AS6810*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *2477* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *NOUFER OULFA*

Date de naissance : *1.1.1954*

Adresse : *143 lot HAS FATEH OULFA*

Tél. : *0671202759* Total des frais engagés : *688,30* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *03.10.2023*

Nom et prénom du malade : *Noufer Noufenn* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *hypertension*

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## 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.

## 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 honoraires
23/04/2023	4		200.000Dhs	<p><b>DR. ASSEF NEJMA</b>  <b>Médecin Haj</b>  <b>274, Lissassem Haj</b>  <b>Lissasta - Casablanca</b>  <b>Tél : 05 22 93 29 63</b>  <b>INPE : 091194779</b></p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

- Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

### Montant de la Facture

488.30 AM

IN p10g01029990

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

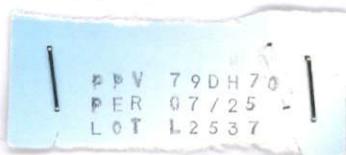
## Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le : 03/04/2023



T = 488,30 DH

- 1 - INEXIUM 10  
LOT: 210366  
DLUO: 08/2024  
69,00 DH
- 2 - Deltalene 10  
10g + 2/i  
69.00
- 3 - Deltalene 10g  
10g + 2/i  
79.20
- 108.00 x 2 = 216.00
- Dr. Asmae MEZIATI  
Médecine Générale  
Lissasfa - Casablanca  
Tél: 05 22 93 29 63  
INPE: 091194719
- 274, Lissasfa - Casablanca  
Tél: 05 22 93 29 63  
INPE: 091194719
- 274, مجموعة الحاج فاخ (قرب سوق الحاج فاخ) - ليساسفا - Casablanca  
Tél: 05 22 93 29 63  
الهاتف : 061.62.22.61 - المحمول : Tél: 05 22 93 29 63