

# 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.

157341

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1776** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ZOU G-GARI**

**RADIA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 61 20 03 84** Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **13/04/2019**

Nom et prénom du malade : **Zou G-GARI RADIA** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **INFL**

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 : ..... 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
13/4/20	C	2	5000 F	ATELIER ATASSI HAPPOU NEPHROLOGUE 1 Quai de l'Amazone 95120 SANTOIS Tél: 01 39 35 12 23 Fax: 01 39 35 12 23

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/04/08	360,70

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

مركز الكلية الأهليّة ابن سينا  
Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Hammadi ATLASSI

Spécialiste des maladies des Reins

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Marseille

INP : 091013912



المُكتُور حمادي الأطلسي

اختصاصي في أمراض الكلى

خريج كلية الطب بمارسيليا

Casablanca, le

13/04/2023

Av Zouggari Radia

09,00 - bedes cp



14/04/0



1460<sub>+3</sub> - Doli pane 1500  
1461,1

PHARMACIE D'AVICENNE  
100, Bd. Abdelloumene  
Casablanca - Tél: 05 22 23 47 79

44,90 - voltaren emulgel

14/04/0



3460<sub>+5</sub> - Lox 1/2 40

14/04/0



360,70  
Docteur ATLASSI Hammadi  
Bd. 9 Avril Quartier Palmier  
Tél: 05 22 99 49 93 - 05 22 23 38 35/36  
Fax: 05 22 99 49 93

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V:34DH60  
6 118000 060468

PPV 14DH60  
PER 11/25  
LOT L3714

PPV 14DH60  
PER 11/25  
LOT L3714

PPV 14DH60  
PER 11/25  
LOT L3821

LOT 211485  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

**Voltarène**   
50 g Emulgel Topique 1 %  
6 118000 220213

LOT: M0559  
EXP: 09/2024  
PPV: 53,00 DH