

## 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 |

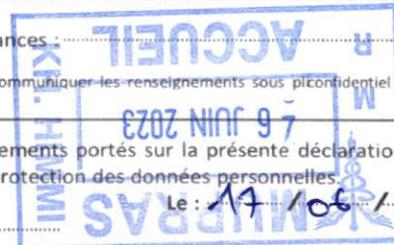
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-791229

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>13426</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<b>Nob</b>
Nom & Prénom : <b>Ben Yousif Abdellah</b>			
Date de naissance : <b>31/01/91</b>			
Adresse : <b>Panorama B11, Inc, Casablanca</b>			
Tél. : <b>06 61 13 08 57</b> Total des frais engagés : <b>486,90</b> Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  <b>Dr EL BOURY Chadia Pédiatre 264 Ang Bd Ghandi et Omar El Khayam Res Jawhara Appt 14-3<sup>e</sup> Etage Casablanca Tel/Fax: 05 22 95 11 38-Gsm: 06 71 24 76 77</b>		
Date de consultation : <b>17 JUN 2023</b>	Nom et prénom du malade : <b>RAZANE BEN YOUSIF</b> Age: <b>22</b>		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>Vaccin</b>			
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 : **co-90** Signature de l'adhérent(e) : **RAZANE BEN YOUSIF**  
Le : **17/06/2023**



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
17 JUN 2023	C 300 Dr	Dr EL BOURY Pédiatre 54 Ang. Bd Ghandi et Omar El Khayam Jawhara App.14 3 <sup>me</sup> Etage Casablanca 95 11 38 66 71 24	Chadra	INPE.09102214

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.06.23	186,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 EL BOURY Chadia**

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



**الدكتورة البوري شادية**

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والريو عند الطفل

**17.06.2023**

Casablanca, le .....

**Enfant BENHMID Razane**

Age : 2 ans

Poids : 11,60 Kg

186,90

**HAVRIX 720 U Elisa/0,5 ml susp inj IM enf/nour en ser : 1Ser**

Dr EL BOURY Chadia  
Pédiatre  
264 Ang Bd Ghandi et Omar El Khayam  
Res Jawhara Appt 14-3<sup>me</sup> Etage  
Casablanca  
Tel/Fax: 05 22 95 11 38 - GSM: 06 71 24 76 77



GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 186,90 DH  
ID: 648846  
6 118001 140619

