

RECOMMANDATIONS IN  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médicin 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.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médicin 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture

Conditions générales :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier

Adresses Mails utiles

En cas de prothèse ou de traitement canalaire

Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

Radio-après soins : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Maladie et affection longue durée ALD et ALC

Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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° W21-790784

172002

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14795

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Joudar Boumek

Date de naissance : 16-09-47

Adresse : Résidence Bait El Fath, 1er étage 2ème C3 Beausite

Allée Casablanca

Tél. : 0634 733511

Total des frais engagés : 451,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/02/23

Nom et prénom du malade : Joudar Boumek

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : la cataracte

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 : Casablanca

Le : 17/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES**

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
02/06/93	S + 41		3.000	INP 09/11/1993 DR. ZID CLINIQUE NOURD 28, Avenue des Palmiers Faculté d'Oasis 2349 89 LG / Fax: 05 22 13

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cacheu du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BAYT AL FATH</b> No 6 Res. Bayt Al Fath Quartier Beausite Ain Sobaâ Casablanca Tel : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 62 E-mail : 713af@yahoo.co	28/06/2023	151.50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ONDE



**CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA**  
**مصحة النور للعيون الدار البيضاء**  
**• CNOC •**



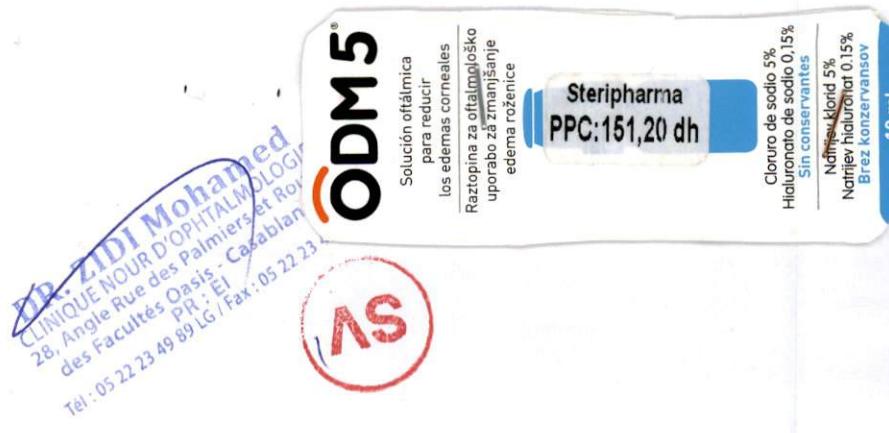
02 juin 2023

Mr. JOUDAR Boubker

AN, 20

**ODM 5**

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit pendant 20 jours



INPE 090060914