

# 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

M23-002695

189792

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2675 Société : R. A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSIF MINA

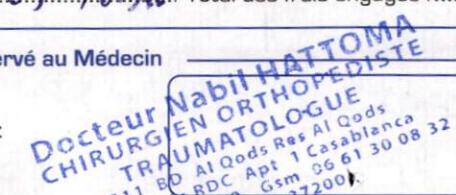
Date de naissance : 15/10/1953

Adresse : Cité INAAA 1 - Rue 22 - n° 81 - CASA

Tél. : 06.17.65.38.11 Total des frais engagés : 226,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/02/2023

Nom et prénom du malade : MOUSSIF MINA Age : 70 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrose

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT

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) : MUPRAS

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LARM S1, Avenue 1er Hay el Inzai Tel: 0621502821	11/12/23	226,2

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 prot~~oses~~es ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

\* PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Nabil HATTOMA

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et  
Traumatologique - Diplômé d'Arthroscopie  
(Strasbourg)

# الدكتور نبيل هطوفة

إخلاصي في علاج وجراحة أمراض العظام والمفاصل  
جراحة المفاصل بالمنظار  
(ستراسبورغ)

Mme MOUSSIF MINA

82,10

EZIUM GELULE GASTRO-RESISTANTE 20

1 le matin avant le repas pendant 14 jours

21,30

ALGIK SACHET 500 BOITE DE 20

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 14 jours

31,10x2

CLOFENE G.R COMPRIME ENROBE 50 MG BOITE DE 20 - 2 BOITES

1 le matin, 1 le midi, 1 le soir après le repas pendant 13 jours

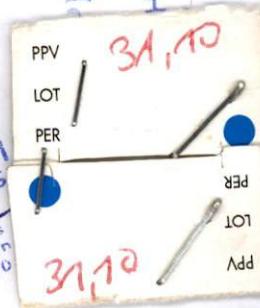
60,10

EPYCA GELULE 50 MG BOITE DE 14

1 le matin, 1 le midi, 1 le soir après le repas pendant 14 jours



Docteur Nabil HATTOM  
CHIRURGEN ORTHOPÉDIE  
511, RD Al Qods, Résidence Jardins Al Qods  
California, RDC, Apt. 01037200, Casablanca  
Tél. 0522 52 52 10 - GSM 06 39 36 17 79 - INPE 05 037200



PROCHAIN RDV LE :

22.12.2023