

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

|   |                                       |   |                                 |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique            | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |                                       |   |                                 |
| Matricule : <u>12936</u>                    |                                       | Société : <u>RAM</u>                        |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            |                                 |
| Nom & Prénom : <u>LAAMOURI MAROUANE</u>     |                                       |   |                                 |
| Date de naissance :                         |                                       |   |                                 |
| Adresse :                                   |                                       |   |                                 |
| Tél. : <u>0661968974</u>                    |                                       | Total des frais engagés : <u>330,30</u> Dhs |                                 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| PRAFROS / V2 / 20-10-2023  | Cadre réservé au Médecin   |  |  |
|  | Cachet du médecin :<br>                       |  |  |
| Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019   | Date de consultation : <u>22/3/2020</u>  |  |  |
|  | Nom et prénom du malade : <u>LAAMOURI Melou</u> Age: _____   |  |  |
|  | Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |  |  |
|  | Nature de la maladie : <u>Affection ORL</u>  |  |  |
|  | Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/31/2021      |                   |                       | € 2 250,00                      | <br>Dr. Amzad Dammak<br>Médecin d'Ém阶ie<br>Bizi-Entaliljet, Haddiou<br>10000 Casablanca<br>02335720 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE SABAH EL KHACHAB<br>Sabah KHACHAB<br>Pharmacienne<br>20 Lot Sidi Sâïd Sidi Maârouf | 22/3/24 | 80.30                 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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.



Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et Allergie des Enfants

اختصاصية في أمراض

الرضع والأطفال

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأمراض الربو الضيقية

22.03.2024

Enfant LAAMOURI Mehdi

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

Age : 7 ans 1 mois

Poids : 26,00 Kg

1- NODOL-FEN SUSPENSION

Prendre 1 dose-kg le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

LOT : 101 : 23E003  
PER : 12/2023

NO - DUL FEN 20MG/ML  
SUSP BUV FL 150ML

P.P.V : 22DH50

6 118000 061892

2- BIOMYLASE SIROP

Prendre 2 cuillerées à café le matin, à midi et le soir, pendant 2

LOT : 22178  
PER : 12/2025  
P.P.V : 20,40 DH

3- HUMEX RHUME ET RHINITE SPRAY

Faire 2 pulvérisations le matin, à midi et le soir, pendant 5 jour

80.30

PHARMACIE SABAH EL KHOUR  
Sabah Khachab  
Pharmaciene  
20, Lot. Sajma, Rue Sidi Maârouf  
Casablanca - Tel: 0522 97 42 06

Dr. Amal DAMIR  
Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddiou N° 497, Sidi Maârouf - Casablanca  
N° 4572 Tel: 05 22 33 57 20

37140

الرجو إحترام وصفة طبيبك

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddiou N° 497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع أبو بكر القادرى تجزئة الحديوى الرقم 497 - سيدى معروف - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : damiramal25@hotmail.com - الهاتف : 06 61 09 74 40 - GSM : 05 22 33 57 20