

# 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.

203661

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUMI Rhita

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666.9575.45

Total des frais engagés : 10720.00

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL KARROUMI Rhita

Age : 39

Lien de parenté :

lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie longue durée

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'at<sup>h</sup> médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 02/04/2024

Le : 16/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : AR

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUARHES CASA S.A.R.L.A.U Ain El Chouf et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06	10-11-24	PHARMACIE OUARHES CASA S.A.R.L.A.U Ain El Chouf et Yacoub El Mansour - Casablanca Tel. 0522 36 08 06

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

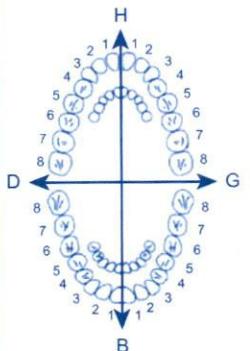
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

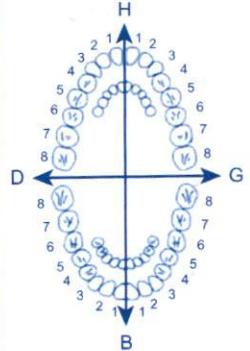
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction] Montant des Honoraires

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

MONTAN  
DES SOIN

DEBU  
D'EXECUT

FIN  
D'EXECUT

COEFFICIE  
DES TRAV/

MONTAN  
DES SOIN

DATE DI  
DEVIS

DATE D  
L'EXECUTI

PHARMACIE OULMES CASA  
S.A.R.L.A.U  
Angle Bd Chandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

Facture N°: 550 071

PHARMACIE OULMES CASA

Ref N°: 15/04/24/ 76

RHISAT ELAKAROUMI

Client: Client Comptoir \*  
Angle Bd Chandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca

Libellé Produit	Tél: 0522 36 08 06	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
LARMABAK		CL	2	50,60	101,20

Total à Payer:	101,20
----------------	--------

799  
06 2023  
05 2025

La présente facture est arrêtée à la somme de:

### CENT UN DIRHAMS VINGT CENTIMES###

Le : 15-avril-2024

COOPER PHARMA  
PPV: 50,60 DH

GT 11  
10 2023  
09 2025

PHARMACIE OULMES CASA

S.A.R.L.A.U

Angle Bd Chandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,00 DH  
6118001100651

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,00 DH  
6118001100651