

## 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° W19-418010

### Maladie

Dentaire       Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)      Matricole : 02741      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre

Nom & Prénom : HAFID Ahmed

Date de naissance : 01.01.1984

Adresse : Rue 17 La 43 El houda Berrechid

Tél. : 0668640833      Total des frais engagés : 270,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/07/19

Nom et prénom du malade : Hafid Ahmed      Age :

Lien de parenté :  Fils/mère       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : MUPRAS

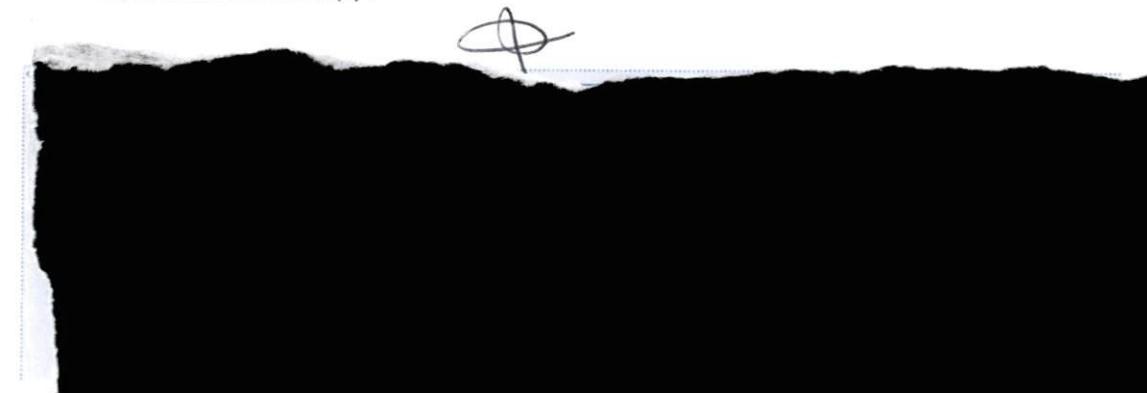
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a été en因果 relation avec un cas de nature 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 : Berrechid      Le : 20/08/2019

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2013/10/24	ca	cl		INP : 061413

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>ASMOOUN Samir</b> Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Houda BEIRUT, Lebanon Date: 05/08/2019	20/08/19	270,60

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

DOCTEUR Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université  
de Rennes en France

ICE : 002027784000027



الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغف

حاصلة على البيلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE 061173340

\*\*\*\*\*

Berrechid le : 20-8-19 Berrechid في :

PHARMACIE ARAFAT  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
52, Rue ASSALAM Hay Al Houda  
BERRECHID  
Tél : 05 22 32 84 94

Hafid Amina

M<sup>o</sup>, 5<sup>e</sup>) Alvitryl 500 mg simple  
comprimé

LOT : 160,60  
PER : 01/07  
PPV : 1600H60

160,60 Af ESAC 200 mg  
180 mg

T : 270,6

STERIPHARMA  
complément  
alimentaire n'est pas  
médicament  
PPC:110,00 dh

PHARMACIE ARAFAT  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
52, Rue ASSALAM Hay Al Houda  
BERRECHID  
Tél : 05 22 32 84 94

41 زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 0522.32.44.55 - المحمول : 0676.45.48.49  
41 Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrechid - Tel : 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49