

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.

PRAFR05_V2-20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e] Matricule : <i>6705</i>		Société : <i>EL ASL HASSAINA</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>198940</i>
Nom & Prénom : <i>EL ASL HASSAINA</i>		Date de naissance : <i>28/3/64</i>	
Adresse : <i>LOT LIMA, VILLA 216, 2ème étage</i>		Tél. : Total des frais engagés : <i>7098 Dhs</i>	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>DR. ABOU SMAIL ALLALI MEDECINE GENERALE Tél. 05 22 97 40 67</i>			
Date de consultation : <i>31/01/2024</i>			
Nom et prénom du malade : <i>SOUAFI Naeem</i> Age: Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>HHT + Anxiété</i>			
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 : <i>2024</i> Le : / / Signature de l'adhérent(e) : <i>[Signature]</i>			



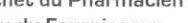
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/01/2024	C	150	150	Dr. ABOU CHAMALAH MEDECINE GENERALE 11-05-22 97406 100106

Restant le Paiement des Actes

091001065

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31-1-24	748,70

ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

-31-2L

748,70

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue

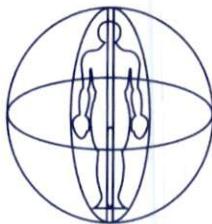
Dat

Désignation des Cœfficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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



Médecine Générale

Echographie Générale

Expertise Médicale

Médecine de travail

الطب العام

الفحص بالصدى

المخبرة الطبية

طب الشغل

Casablanca, le 31.01.2024 الدار البيضاء، في

SOUAFI

Nadia

273,00 x 2

546,00
d. Ex farge 160/10 CP.
sq. x 3 mls

167,00

2. Greftor 50 CP
sq. x 2 mls

3,170

3- Alproz 0,5 CP
sq. x 10 mls

748,70

PHARMACE MUNJAH CASA SARLAU
NADIA BP BILHA SOULAMI
Tél : 05 22 32 19 31
Lot 50,15 Lot Communal Skai Matrouf - Casa
Ref : 001687680000039 - INP : 092043702

جزئية دندون رقم 4 - سيدى معروف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 97 40 67

104, lot. dandoun Route 1100 - Sidi Maarouf - Casablanca - Tél . 05 22 97 40 67

(Au dessus de Pharmacie EL HADDAOUI'

EL HADDAOUI
MEDECINE GENERALE
05 22 97 49 67

LOT 230957
EXP 03.2026
PPV 35.70



Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

Maphar
Bd Alklmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pelli b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111