

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5493**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BOUJIL ABDERRAHMANE**

Date de naissance : **30.01.1965**

Adresse : **14, Rue Sidi HLAZEM Hay ESSALAM**

Tél. : **0661952264**

Total des frais engagés :

**107302**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. MOUAD LEFRAYAH**  
**Médecin Généraliste**

Date de consultation : **15.01.2024**

Nom et prénom du malade : **BOUJIL RAMY**

Age : **21 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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'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) :

ADHÉRENT



#### **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
15/04 2024	CS	✓ 1	500 DH CS = 300 DH HT = 200 DH	Mouad LEERAYAH Généraliste
	AS	1		

Dr. Mouad LEERATAH  
Médecin Généraliste

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SOHIA Mme. Benbrahim Bd. Ibnou Sînâ - CASA 022-601-74	15/01/2024	573,00 Dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



YANIS ASSISTANCE

05 20 320 023

# Yanis assistance

Casablanca le : 15/01/2024

## Ordonnance

NOM ET PRÉNOM

Bouazil RAMY

- 1) Augment 1g  
18.00 1 sachet x 31
- 2) Dolipr 1000 mg  
49.60 5 x 31
- 3) D'acrifont 1AP 50  
40.00 1AP 514
- 4) Effipred 50 mg  
114.00 3cp x 10
- 5) Zuvane 10 ml  
98.80
- 6) NEOFORTAN 160 mg  
573.00

PPV	0	0	0	0	0	0
PER	0	0	0	0	0	0
LOT	0	0	0	0	0	0
EXP	0	0	0	0	0	0
M	0	0	0	0	0	0

PPU : 126,30 DH  
LOT : 652423  
PER : 05/25PPU : 126,30 DH  
LOT : 652427  
PER : 05/25PPV : 49,60 DH  
LOT : 25H10  
EXP : 08/202622496 1125  
LOT PER  
Prix 114.00

Dr. Mouad LEFRAYAN  
Nédecin Généraliste  
NEOFORTAN® 160 mg

PPV : 98DH80  
EXP 07/2026  
LOT 330228