

## 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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-632134

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

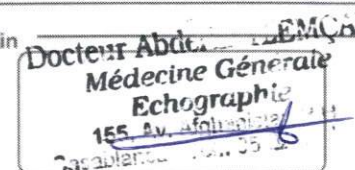
☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10.006 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAHMOUNE HASSAN  
 Date de naissance : 05/07/1961  
 Adresse : LOT NESTOUNA Rue 24 N° 43 MAY HASSANI  
 C.N.S.A.  
 Tél. : 06.60.98.12.18 Total des frais engagés : M. 203,10 + V. 200,00 DM

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19.12.2022  
 Nom et prénom du malade : CHAHMOUNE HASSAN Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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. 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 : C.N.S.A. Le : 23/12/22


Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

19.12.22	—	20.0.03	INF: 091021063 <del>SECRET</del> State
----------	---	---------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Carton du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la P. de la P.
19/11/2022	203/10	

 <p>MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA          DIRECCIÓN GENERAL DE ASesoría y Apoyo Pedagógico          Tel.: 011-222-8948-44</p>	<p>19/12/2022</p>	<p>203, 10</p>	<p>203, 10</p>
--	-------------------	----------------	----------------

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaille des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

[illegible][illegible]

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

	Traitées	Soins	
			Coefficient des travaux
			Montants des soins
			Début d'exécution
			Fin d'exécution

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides, starting from the midline (tooth 1) and moving outwards. The arch is labeled with 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right. A vertical line runs through the center, and a horizontal line runs across the middle of the arch.

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

---

---

---

---

---

---

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد العالي التلمساني

الطب العام

أمراض النساء و الرجال و الأطفال

الفحص بالتفزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

Casablanca, le

19 DEC. 2022

ALGANTIL® 200mg

PPV 14DH90  
EXP 05/2025  
LOT 24009 3

PPV: 98DH00  
PER: 08-25  
LOT: L2841

PPV 79DH70  
PER 06/25  
LOT L2209

PHARMACIE GRANADA  
LAHLOU MAR  
Lot. N° 39  
Casablanca  
Rue 25 N° 39  
Tél. 05 22 90 33 90

PPV 10DH50  
EXP 10/2024  
LOT 100512

Docteur Abdel TLEMÇANI  
Médecine Générale  
Echographie  
155, Av. Afghanistan  
Casablanca - Tél. 05 22 90 33 90

المرجو إحضار الوصفة عند المراقبة