

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hora Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-620130

15/9/13

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8843

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AATLANE Scadhia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 31 23 12

Total des frais engagés : 120 105 H Dhs

INVOI

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'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) :

VOLET ADHERENT

CJ



#### **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
2013-03-01	Ch	CS	CS	INP : 091140911
2013-03-01	Ch	CS	CS	Dr A. ZAROURY Oncologue Malmo Clinique de Casablanca - Papilloma - Fax : 0522 611 115
2013-03-01	Ch	CS	CS	Dr A. ZAROURY Oncologue Malmo Clinique de Casablanca - Papilloma - Fax : 0522 611 115

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATLANTIC TAMAKIS Res Bab Salam, Imm A MO 2, Dar Bouazza, Nouaceur Casablanca Tél : +212 520 47 14 16	03.03.23	120,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

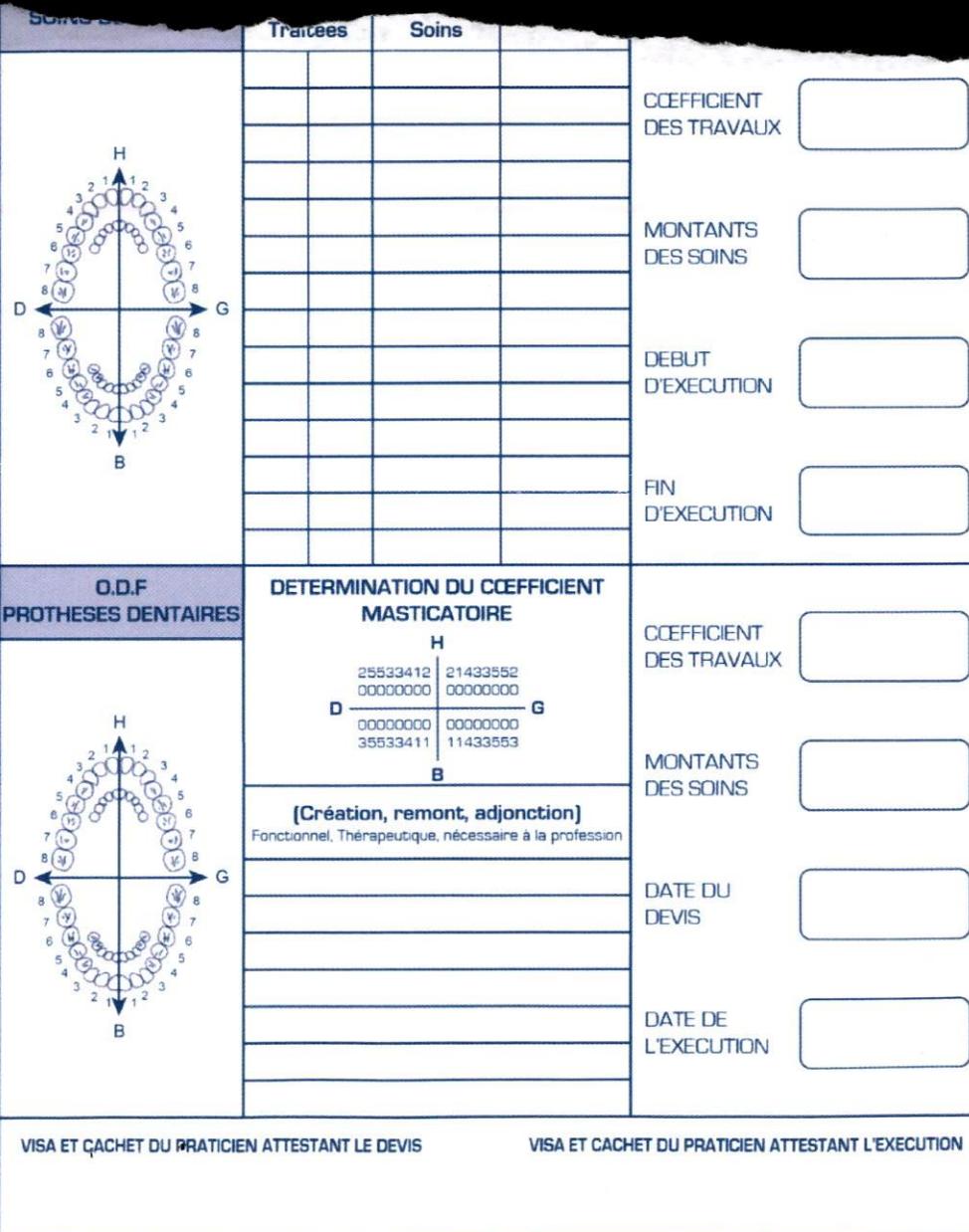
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.





بُون  
خَادِم

LOT 220865  
EXP 06/2025  
PPV 51.40DH

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles d

**ORDONNANCE MEDICALE**

CONCERNANT M.....*ne Layla*

*35,70*

- TOBRADEX (collyre)  
1 goutte 4 fois par jour
- INDOCOLLYRE( collyre) X  
1goutte 4 fois par jour
- SPECTRUM (collyre)  
1goutte 4 fois par jour
- TOBRADEX (POMMADE) X  
1 App . le soir
- PHYLARM X  
1 RIN le matin et le soir
- SPECTRUM250MG  
1 CP .2fois par jour
- COMPRESSES OPHT SERILES AUTO- ADHESIF X

*33,00*

**PHARMACIE ATLANTIC TAMARIS**  
Res Bab Sallam Imm A MO 2  
Dar Bouazza, Nouaceur  
Casablanca  
Tél : +212 520 47 14 14

*51,40*

Traitemen*oeil*<sup>N</sup>

*Dr A. TARIK  
Ophtalmologiste  
Ophtalmo Clinic  
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca  
Tél : 0522.25.71.71 (loc.) Fax : 0522.25.11.15*

**Urgence 24/24**

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : [www.occ.ma](http://www.occ.ma)

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

LOT: A020089  
PER: 01-2025  
PPV: 33.00DH

