

## 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 |

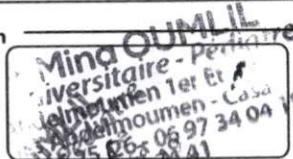
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-727681

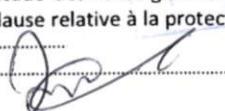
AS 2066

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>10235</b>	Société : <b>RAF</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	
Nom & Prénom : <b>SAAD MAMOUN</b>			
Date de naissance : <b>12/11/75</b>			
Adresse :			
Tél. <b>066627272</b> Total des frais engagés : <b>37000,00 DHS</b>			

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : <b>12 AVR 2023</b>	
Nom et prénom du malade : <b>SAAD MAMOUN</b> Age : <b>48 ans</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Maladie Chronique</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Accident de la route</b>	
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 : **SAAD MAMOUN** Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **12 AVR 2023**



Docteur Mina OUMLIL

Professeur en pédiatrie

Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de casablanca

الدكتورة مينة أميل

أستاذة جامعية في طب الأطفال

كلية الطب والصيدلة

باليضاء



Casablanca , le

20/01/23

الدار البيضاء ، في

*LA PHARMACIE REGIONALE  
Imm. 26, Bd. 42, 1000 Casablanca  
Tél: 05 22 51 42 07*

jellame Marie Nasif

Tobrex S.V. *LA PHARMACIE REGIONALE  
Imm. 26, Bd. 42, 1000 Casablanca  
Tél: 05 22 51 42 07*

1 gtt x 21j *x 5j*

- 80.00 x 2 Azimax 1500 mg *x 3j*

36 Kglj *x 3j*

15,30 Vit C 5000 mg *S.V.*

ICP 1j

250, Bd. Abdelmoumen Résidence Abrajes Abdelmoumen 1 er Etage

Tél.Fax : 05 22 25 25 26 - Email : oumlilmina@gmail.com

Urgence : GSM : 06 61 14 74 41 / 06 97 34 04 19 - Pas de consultation Samedi

110.00 x 2

~~Zimastine~~ S.V

МР 13

S.V.

11.30

Vogel's

S.V

76.95

Biafine

S.V

MAP  $\times 3$ )<sub>ij</sub>

370.80

~~Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur~~  
~~Université Abdelmoumen OULD EL HADJ~~  
~~BP 250 - 31477 - Dakhla - Maroc~~  
~~Tel: 0522 252 726 - 0697 341 049~~  
~~GSM: 0661 14 441~~  
~~INPE: 091201061~~