

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-727928

160092

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 18731		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : MOUKASSE HOUSSAM			
Date de naissance : 29-04-1991			
Adresse : ALMAZ-RESIDENCE AMBAR 3- IMM A-APPI 21 CASABLANCA			
Tél. : 06 61 89 60 53		Total des frais engagés : 250 + 186,90 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : .....			
Nom et prénom du malade : MOUKASSE HOUSSAM Age: .....			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : VACCIN			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Dr. MEDDAH MOUSSA</b> Hay Lakemal 116/28, Casablanca 20133 13 Tél.: 05 22 22 23 13 M: 06 61 08 55 05	21/03/23	186,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXiliaires MÉDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

# Cabinet Dr. Amal DAMIR

## عيادة الدكتورة أمال دمير

Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et Allergie des Enfants

21.03.2023

اختصاصية في أمراض

الرضع والأطفال

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأمراض الربو الضيقية

الدار البيضاء، في :

Nourrisson MOUKASSE Sora

Age : 17 mois 7 jours

Poids : 11,00 Kg

186.90 - HAVRIX 720 U Elisa/0,5 ml susp inj IM enf/nour en ser : 1Ser



PHARMACIE AL MAMAL  
Dr. AMAL DAMIR  
Bd. Abou Bakr El Kadiri  
Casablanca, Rue 28, N° 44  
Tél.: 05 22 21 33 13  
SM: 06 61 08 55 05

Dr. AMAL DAMIR  
Pédiatre  
Bd. Abou Bakr El Kadiri Lot. Haddiou  
N° 497 Sidi Maârouf Casablanca  
Tél.: 05 22 33 57 20

الرجو إحترام وصفة طبيكم

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddiou N° 497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع ابو بكر القادري تجزئة الحديدي الرقم 497 - سيدى معروف - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 - E-mail : damiramal25@hotmail.com

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 186,90 DH  
ID: 647554  
6 118001 140619