

## 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 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-796547

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M225 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : YASSINE KAMAL

Date de naissance : 21/07/1971

Adresse : 16554A

Tél. : 0668914028 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : YASSINE KAMAL Age : 51 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : SOA

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 : Casa Le : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-R-215/2015





# وصفة

## ORDONNANCE



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

HAY HASSANI

le 12 / 06 / 2023

YASSI RE - BARAE

28, 10

11- Vogatein Smop



1cc x 31,5 1/4 heures  
repas

30, 80

21- Trimebat Smop

1cc x 31,5 pelt 7ms

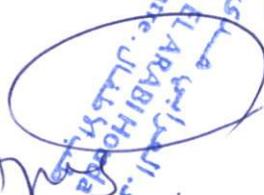
31- Enterofermina Amp

1 Amp x 2,5

صيدلية  
Dr. EL ARABI Houda  
pédiatre - JILASSI  
05 37 77 16 88

41- Ixan domy cp

1cp 1,5 pelt 7ms



SI- Impuylete LB Săclut  
AS AS doome  
ă fin ă vshute

Dr. EL ARABI Fouda  
pediatre : 0113711111  
CSL  
Dr. EL ARABI Fouda  
pediatre : 0113711111

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT  
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI  
 20200 CASABLANCA  
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71  
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 781404	N° SEJOUR : 230018701	<b>FACTURE N° 2305006454</b>	DATE D'ENTREE : 12/06/2023	DATE DE SORTIE : 12/06/2023
ASSURE :			DESTINATAIRE : <b>YASSIRE,Barae</b>	
MALADE : YASSIRE,Barae		UF: 5002 URGENCES		
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :		
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :		
TIERS PAYANT 2 :				
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :		

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>CONSULTATION DE MEDECIN</b> CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : **M0400001 DR EL ARABI HOUDA** TOTAUX : 190.00 190.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
 CENT QUATRE-VINGT DIX DHS

PLAFOND PC :		ACOMPTE:	
REMISE : 0.00	REGLE : 190.00	AVOIR :	
RESTE DU: 0.00			

DATE FACTURE : 12/06/2023 EDITEE LE : 12/06/2023 PAR: KAMAL ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE : DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT  
 BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR  
 N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49

