

## 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-528291

82303

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8367	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOURSO KH. KHALIL
Nom & Prénom : MOUSSAO KH. KHALIL			
Date de naissance : 17.07.64			
Adresse : 05 Rue Hassan Ben Ali 5001 Casablanca			
Tél. : 0661338652 Total des frais engagés : 1000 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 11/10/2023			
Nom et prénom du malade : MOUSSAO KH. KHALIL Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Allergie ORL			
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 : Casablanca Le : 11/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
11-10-2023	1C	1	15000	INP : 07103970 Boussem Elham Générale 11-10-2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
092C488 PHARMACIE LA HALLOIE Rue Paul Valéry	11/10/23	288,32

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE



11  
PHARMED  
LOT : 4328  
UT.AV: 05-26  
PPV:21DH00

M. MOHAMED KHAT

092048834

Ordonnance

Casablanca, Le: 11/10/2023

PHARMACIE POPULAIRE  
LAHLOU Mohamed  
Pharmacien

① Adgmenh 19  
15 - 81 15 10 7 1263

② Doc 00 - 5  
10 5 - 3 69.00

③ Febred  
15 - 81 15 69.00

④ Bio FAR vita  
10 11 69.00

Docteur Ilham CHAH  
Medecin Générale  
1 AV. 2 MARS 5 RUE ABDERAM KHATTAB  
Casablanca - Tél: 05 22 28 34 52

126.00 DH  
LOT: 652140  
PER: 04/20

lesslam EL Khatabi, AV.2 Mars 1 Etage N°

1 46 84 49 / المستعجلات: Tél: 05 22 28 34 52

خطابي شارع 2 مارس الطابق الأول, رقم 2

Lot N° / A consommer de préférence au: 05/2024

BIOFAR VITA C ACEROLA CP BTE 20

PPC: 69.00

Ut Av	Lot:
02/25	2056/5

IPHADERM

3 760049 895285  
Poids net: 90g  
Net weight: 90g  
 الوزن الصافي:

PH