

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-810873

183999

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 04586		Société : Ram
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : RAHMOUNI HASSAN		
Date de naissance : 01 - 01 - 1960		
Adresse : BLOC G - N° 12 DEROUA		
Tél. : 0664249673	Total des frais engagés : 626 Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> </div>		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 13/11/2023		
Nom et prénom du malade : RAHMOUNI Fatima Zahra Age :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Affection Dermatologique	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 23 Nov. 2023		
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 : DEROUA  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/11/2023

## **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
13/11/23	S	10	3500	INPE : 091189570 Dr. Khalil LAMANI Dermato-Venerologue Angle Bd. Sidi Abderrahmane Bd. Abdellah Bourguiba Casablanca Tel: 0524 04 17

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENT MAROUANE Directeur En Pharmacie Bd. Oum Rabiaa Tunisie 12351 2058 84025	13/11/23	276,00 DT

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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



SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu  
Infections sexuellement transmissibles

الدكتور خالد المنيري

اختصاصي  
في أمراض الجلد والشعر  
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

**13/11/2023**

الدار البيضاء، في

**Mlle RAHMOUNI FATIMA ZAHRAA**

## **VISAGE**

**EUCERIN DERMOPURE SERUM TRIPLE ACTION (EVITER CONTOUR YEUX ET BOUCHE )**

LE SOIR

**TETRALYSAL 300 GELULE (AU MILIEU DE REPAS )**

1 GELULE PAR JOUR PENDANT 2 MOIS

**ECRAN VICHY TOUCHER SEC**

276,00

## **DOS**

**ENOLISS 25 LOTION**

LE SOIR

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800

PHARMACIE BEN M'SIK  
MAROUANE M'SIK  
Docteur En Pharmacie  
Lot. Khadija Bd. Oum Rabia - Deroua  
GSM : 05 22 53 20 58

INPE  
062084025

Dr. Khalid LAMNIAI  
BESMATE VENDELOCUE  
Angle Bd. Sidi Abderrahmane  
et Bd. Abdellahi Boutaleb  
1er étage 0512 90 04 17