

## 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° W19-462185

ND: 32050

|   |                                   |                                       |                                 |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie           | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique      | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                        |                                   |                                       |                                 |
| Matricole : 42575                                     |                                   | Société : RAM                         |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif             |                                   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) |                                 |
| <input type="checkbox"/> Autre :                      |                                   |                                       |                                 |
| Nom & Prénom : RONZAQUI OTHMANE                       |                                   |                                       |                                 |
| Date de naissance : 13/10/1985                        |                                   |                                       |                                 |
| Adresse : Résidence LILAS PARK, villa 159, Bou Skoura |                                   |                                       |                                 |
| Tél. : 0661 71 86 64                                  |                                   | Total des frais engagés : Dhs         |                                 |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :   |  |  |  |
| Dr. ZINABE BEN BELAÏD<br>36 Val Faid<br>020 21 51 60<br>MUPRAS  |  |  |  |
| Date de consultation : 16 MARS 2020   |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : Ronzaqui OTHMANE  |  |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |  |  |  |
| Nature de la maladie : chute  |  |  |  |
| 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| VOLET ADHÉRENT   |  |  |  |
| Déclaration de maladie   |  |  |  |
| N° W19-462185  |  |  |  |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.<br>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |  |  |  |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).  |  |  |  |
| Matricole : 42575  |  |  |  |
| Nom de l'adhérent(e) : RAM   |  |  |  |
| Total des frais engagés :  |  |  |  |
| Date de dépôt :  |  |  |  |

#### **BELEVE 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                               |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/11/2020      | Santé             | Gratuit               |                                 | <i>Dr. Zineb LAHLI BELLAÏCH<br/>PEDIATRE<br/>Béni Mellal Casablanca<br/>22/11/2020 15:32</i> |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE CHRAQUI<br>Dr. HELZY Aisham<br>Chraqui Sahel Old Hazz-Berriehid<br>059 54 17 49 | 30-01-2020 | # 209,10 #            |
|   |            |                       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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.

Docteur Zineb LAHLOU BELLALI

Spécialiste  
des maladies du Nourrisson  
et de l'Enfant



Téléphone : 05 22 25 15 32  
Urgence / SMS : 06 77 77 25 74  
dr.zineb.lahlou@gmail.com



PPC : 77,45 DHS

Casablanca, le

30/01/20

Lilya Rouzague

119,30

- ~~Oroken 100ml  
S.V.~~

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 100mg/5ml  
gr fl 40 ml  
P.P.V. : 119,30 DH  
6 118001 080052

Bosci 16

77,40

x 2/j (8j)

PHARMACIE CHRAGUI

Dr. HELZY Hicham  
Chragui-Santé OME Hainz - Benmehdi

Tél: 0679 64 07 45

~~Phyrex~~

~~S.V.~~  
1/2 cac

x 2/j (8j)

Mati

Ajus-mise

(-) butaveut

1 cac le soir (8j)

12,40

- Parantel 250

1 suppos 1/6heures (2j)

✓ 10+1% 209,10  
Dr. Zineb LAHLOU BELLALI  
PEDIATRE  
Val Fleuri - Casablanca  
Tél: 05 22 25 15 32

**PARANTAL® 250 mg** 10 suppositoires

PPV 12DH40

EXP 08/2021  
LOT 84042

الجرعات  
يحتوي علی دose

1: Voir notice  
t.  
ach

**PARANTAL® 250 mg**  
10 SUPPOSITOIRES



6 118000 031819