

# 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° P19- 053210

N.D. 42088

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08223 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Bougja Lila

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : .....

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-053210

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

Mie 08223

Nom & Prénom

BOUGJA LEILA

Fonction

CDB

Phones

0661188148

Mail

LBOUGJA@RoyalAirMaroc.com

**MEDECIN**

Prénom du patient

CHLOÏSE

SARA

Adhèrent

Conjoint

☒ Enfant

Age

13 ans

Date

15 SEP. 2020

Nature de la maladie

Date 1ère visite

infectieux

S'agit-il d'un accident

Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

2

1

300000

**PHARMACIE**

Date

15/09/20

Montant de la facture

129.0

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**AUTILIAIRES MEDICAUX**

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CIA

Dr. Ghali MECHACHE ALAMI  
Centre Médical  
281, Bd. Mohammed VI  
Casa - Tél.: 0522 23 45 45

PHARMACIE JERRAB  
Bd. Abdelrahman Bouabou  
Cassis CASABLANCA  
Tél: 05 22 94 40 / 94 05 18

MUPRAS  
ACCUEIL



الدكتور الغالي مشيش العلمي

Docteur Ghali MECHICHE-ALAMI

Pédiatre

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Sauve curatif.

Casablanca le : 15 SEP. 2020

E: 504

14.00 22 jours 1/9

PPV: 14DH00  
PER: 01/23  
LOT: J285

1/9 x 2 tous les jours.

55.00 22 jours 1/9 x 2

PPV: 55.00 DH  
LOT: 644075  
PER: 10/21

1/9 x 2 1/2 par jour

60.00 22 jours Enteroferine

129.00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Enterofermina, susp b 10 fl  
P.P.V: 60,00 DH

118001 081653

Dr. Ghali MECHICHE-ALAMI  
Pédiatre

05.22.99.02.38 : الفاكس - 05.22.23.48.42 / 05.22.98.20.17 : الهاتف - 20390 الدار البيضاء - الروداني. 281 - Bd. Brahim Roudani, 20390 Casablanca - Tél.: 05.22.23.48.42 / 05.22.98.20.17 / 05.22.99.02.38  
Centre Résidence Nadia - Imm. 1 - 281, Bd Brahim Roudani, 20390 Casablanca - Tél.: 05.22.23.48.42 / 05.22.98.20.17 / 05.22.99.02.38

Tel: 0522.234842 / 0522.982017