

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Pathologie 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.

13676

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0022028

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 008119 Société : PL A, FC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZIZA i ssef Date de naissance : 54

Adresse : AL fai s al

Tél : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... Age: 54

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 13/10/2021



صَيْدَلَيْهِ

## ARMACIE GHOFRAÑE

الزنقة 2 الرقم 116 بلوك «س» حي القدس سيدى البرنوصى - الهاتف: 022 73 26 31 - الدار البيضاء

**Mme HARIOUA Laïla**  
Docteur en Pharmacie  
Diplômée de la Faculté  
de TOURS en France



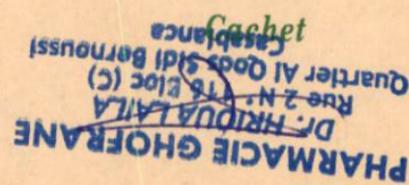
السيدة أهريوة ليلي  
دكتورة في الصيدلة  
خريجة كلية تور بفرنسا

DEC 15 8974 80 000 80  
Casa, le 13 Nov 1980 FACTURE N° 009294

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
ostric & me	3	69.90	209.70

*La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :*

209,70 ØRS.





**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'Actions Sociales de Royal Air Maroc

le 13/10/2005

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné: <u>Dr SKIRENT Leila</u>	Maphar Km 10, Route Côtier 111, QI Zenata Ain sebaa Casablanca Odrik 2mg gelule b28 mv P.P.V : 69,90 DH 6 118001 181933
Certifie que M <sup>lle</sup> , M <sup>me</sup> , M: <u>AZTOUATI Nada Aya</u>	Maphar Km 10, Route Côtier 111, QI Zenata Ain sebaa Casablanca Odrik 2mg gelule b28 mv P.P.V : 69,90 DH 6 118001 181933
Présente <u>une hypertension artérielle et symptôme</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de: <u>longue durée</u>	
Dont ci-joint l'ordonnance	Maphar Km 10, Route Côtier 111, QI Zenata Ain sebaa Casablanca Odrik 2mg gelule b28 mv P.P.V : 69,90 DH 6 118001 181933
(A défaut noter le traitement prescrit) <u>Odrik 2mg 1cp/j</u>	

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

T = 20 ans. 2005