

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-561708

44550



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

0836

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JAMALEDDINE

R.A.M.

Date de naissance :

06-06-1943

Adresse :

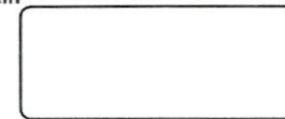
69 - RUE MY IDRIS EL AZHAR - BARRAKHID

Tél. : 06.41.44.46.05

Total des frais engagés : 328,40 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



A.L.D.

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 : 10 JUIL. 2020

Le : 11/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Jean Blaize

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Par le Dr... Docteur... 12 mai 2020 02-253</i>	11-08-2020	164,- 20
	02-09-2020	164,- 20

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

# PHARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Facture N° 20200925-136

Date de vente : 11/08/2020  
Médecin traitant :

jamaleddine med

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
COSOPT CL 20MG/5MG 5ML COLLYRE	1	164,20	TVA (7.00%)	164,20

LOT T002108-2  
EXP 11 2021  
PPV 164.20 DH

Total HT	153,46 DHS
TVA	10,74 DHS
<b>Total</b>	<b>164,20 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-quatre DHS et vingt centimes

Pharmacie 2000  
Dolcier : L. Zinab  
Z. de vente : 11/08/2020  
Berrechid  
Téléphone : 0522.53.36.05

# PHARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Facture N° 20200925-301

Date de vente : 02/09/2020

Médecin traitant :

jamaleddine med

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
COSOPT CL 20MG/5MG 5ML COLLYRE	1	164,20	TVA (7.00%)	164,20

Total HT	153,46 DHS
TVA	10,74 DHS
<b>Total</b>	<b>164,20 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-quatre DHS et vingt centimes

Pharmacie 2000  
Docteur Lalla Zineb  
22, bd Mohammed V - BERRECHID  
Téléphone : 05 22 53 36 05

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné : *Dr Boulit*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Jeanne Béatrice HABIB*

Présente *1 HT*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*du longue durée*

*(Coq)*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

*DR Boulit*