

## 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.

### Médecine et Affection longue durée (Article 109 de la loi)

- 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.

**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

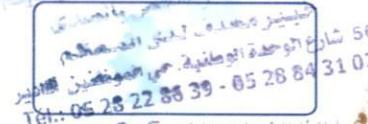
N° W19-536051

PD: 49146

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1225	Société :	Royal Air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : HERMAS Mohamed FAKER			
Date de naissance : 1225 30-06-51			
Adresse : Rue 45 N° 48 Cité des Amériques Agadir			
Tél. : 0662180093	Total des frais engagés : Dhs		

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05 NUV 2020

Nom et prénom du malade :

HERMAS Mohamed FAKER 69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vaccination anti grippe

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) :

ACCUEIL

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-536051

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 : 1225  
Nom de l'adhérent(e) : HERMAS  
Total des frais engagés : 28420  
Date de dépôt :



**Docteur Abderrahim FOUSSI  
MEDECINE GENERALE**

Diplômé d'Echographie Générale  
Faculté de Médecine Montpellier  
Expert Assermenté Près les Tribunaux  
Diplômé de Diabetologie de nutrition  
et de Diététique Médical  
Faculté Médecine Monpellier  
D.U. Médecine du Travail F.M. Rennes  
Certificat du Permis de Conduire

**الدكتور عبد الرحيم الفوysi**  
**الطب العام**  
شهادة فحص بالصدري  
 بكلية الطب مونبليي  
 خبير محلف لدى المحاكم  
 دبلوم جامعي في مرض السكر  
 والتغذية بكلية الطب مونبليي  
 دبلوم جامعي في طب الشغل  
 بكلية الطب بربس  
 شهادة رخصة السياقة

Agadir, le : ..... 05 NOV 2020

أكادير في :

M<sup>1</sup> HERMAS Mohamed

FADZ

125,30

1) - VATI GRIP tétre

054,00

1 dose + sc.



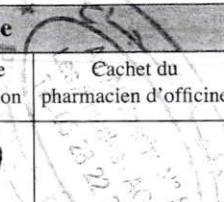
الدكتور عبد الرحيم الفوysi  
مكتب الطبيب العام والتغذية والمناعة بالمحكمة  
العنوان: شارع الوحدة الوطنية، حي الودايات، أمام مسجد الفتح  
التاريخ: 05 28 22 86 39 - 05 28 84 02

Région	
Povince / Préfecture	
Commune / Ville	

**Informations sur le vacciné et la vaccinovigilance**

Nom et Prénom	HERMAS Nohamed	
Sexe	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Age	69 ans	
CIN	J 28501	
Adresse	Rue 457 N°43 A/F	
Tel	0662180010	

**Informations sur le vaccin contre la grippe**

Date dispensation	Nom de spécialité	N° lot	Date de péremption	Cachet du pharmacien d'officine
5/11/20	Vakijip 12h3	431K304V	7/21	

NB : En cas d'apparition d'effet indésirable suite à la vaccination il faut le notifier au centre Anti Poison et Pharmacovigilance du Maroc (CAPM) par téléphone : 0801000180, 24/24h et 7j/7 ou par mail: capm@capm.ma

**Vaccination**

Médecin prescripteur	Dr Fouim Aloues
Lieu de vaccination	Dr Fouim Aloues
Vaccinateur (cachet)	شارع ٣٦ شارع ٣٦ ٥٦ تلفون ٠٥٢٨٢٧٦٣٩ ٠٥٢٨٤٣١٥٢
Date de vaccination	05/11/2020