

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 | adhésion@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° W19-552933

ND : 50485

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7375

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

WAHBI MOHAMED

Date de naissance :

01/03/1967

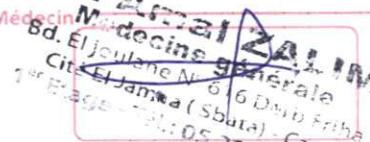
Adresse :

Tél. : 0663111743

Total des frais engagés : 130 + 207,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

13/11/2020

Nom et prénom du malade :

Wahbi Mohamed

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection respiratoire

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-552933

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 : 7375

Nom de l'adhérent(e) : WAHBI

Total des frais engagés : 130 + 207,30

Date de dépôt : 07/12/2020

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr Hmida Jaffar Dr Hmida Jaffar TAH Rue 1 Omar II N° 10 et 12 Ain Chock	13/11/12	207,30 10 12

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

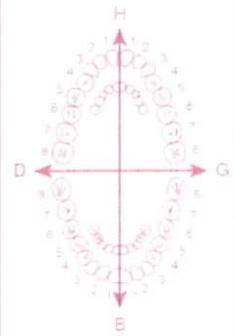
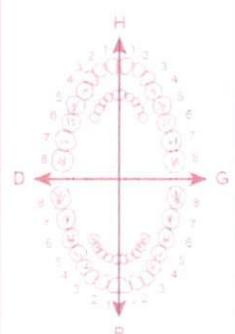
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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**

**Important :**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 G E1432352 00000000 B 00000000 11432353		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la prothèse		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# Dr.Amal Zalim

SUIVI GROSSESSE  
Echographie  
Electrocardiogramme  
ECG  
Médecine générale



الفحص بالصدى - التلفرزة  
التخطيط الكهربائي للقلب  
الحجامة  
الطب العام

Casablanca, Le : 13/11/2020 الدار البيضاء، في :

Wahbi Houda 1

66,40 + 33,20 = 99,60  
2) Labifex

Agly

le sm

صيدلية أمان  
Dr. Houda Aman  
Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12  
Hay Ouardi - Ain Chock

**LA M**

LOT: 1452004  
PER: 03/2025  
PPU: 66,40 DH

28,00

2) Stodel

**S.V**

BOTTU SA  
PPV : 28 DH 00

\* 3 4 0 0 9 3 1 0 0 0 6 7 9 \*

صيدلية أمان  
Dr. Houda Aman  
Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12  
Hay Ouardi - Ain Chock

79,70

3) 2 Thomek

204,30

1 CP 10

PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J3041

شارع الجولان رقم 616 درب فريحة قرية الجماعة (سباتة) الطابق الأول - البيضاء

الهاتف 77 22 59 99 05 البريد الإلكتروني E-mail : amal.zalim@gmail.com

