

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-441011

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05488

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Mohamed

Nom & Prénom : BEN BOUHIA

Date de naissance : 30/05/1966

Adresse : A. H

Tél. : 06 61 67 81 89

Total des frais engagés : 722,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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 : 13/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES														
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes										
				INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

[illegible][illegible][illegible]

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# PHARMACIE ACH-CHARAF

CLIENT : Benbouhia Nohamed

FACTURE N° 03-2020

Date :

PHARMACIE ACH-CHARAF  
Dr. Bouchra TAOUZI  
Coopérative Ach-charaf N°DM2  
Hay Inara Haddaouia Casablanca  
Tél : 05 22 21 64 09

Description	PU	Quantité	Montant
Glucophage 1000mg	28,00	2	56,00
Humalog 100 mg	111,00	1	111,00
Humalog 25 mix	111,00	5	555,00
			722,00

LOT D052818H.13  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D052818H.13  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D052818H.10  
AV 01 2022  
V 111.00 DH

LOT D052818H.13  
UT AV 01 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D052818H.13  
AV 01 2022  
V 111.00 DH

LOT D067519F.2  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

PHARMACIE ACH-CHARAF  
Dr. Bouchra TAOUZI  
Coopérative Ach-charaf N°DM2  
Hay Inara Haddaouia Casablanca  
Tél : 05 22 21 64 09

Arrêtée la présente facture à la somme de : Sept cent vingt deux dirhams.

28,00

28,00

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 HAY INARA Casablanca Tél : 0522216409  
Rc 337524 . Patente 34026384 . ICE 001079460000073