

## 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** *OCC NSR*

N° W19-514811  
*N° = 17516*

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>8726</b>			
Société :			
Nom & Prénom : <i>Filali Aoual youssef</i>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <i>25/01/2020</i>	
Nom et prénom du malade : <i>filali Aoual youssef</i>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

*27 JAN. 2020*

**MUPRAS**  
**ACCUEIL**

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie      N° W19-514811

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

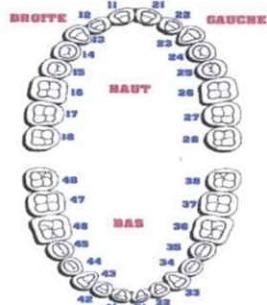
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

## SOINS DENTAIRES



Diabétologue

D.U en diabétologie,  
université de bordeaux

Nutritionniste

Diplômée de l'université  
Laval, Quebec Canada

Médecine générale

Diplômée de l'université Hassan II,

Ain Chock Casablanca

Echographie

Médecin Agréé à certifier l'Aptitude  
Médicale au Permis de conduire.

تتبع السكري

دبلوم كلية بوردو

التغذية و الحمية

خريجة كلية لافال كيبك كندا

الطب العام

خريجة كلية الطب الحسن الثاني

عين الشق الدار البيضاء

الفحص بالصدى

طبية مرخصة لفحص رخصة القيادة

N<sup>o</sup>me

EL Haloui Ahlam

25/01/2018

SV

149,00

1) Clenuli 1g ( Sachets )

ECTER LES DOSES / A

PPV : 149,00 DH  
LOT : 563924  
PER : 01/20

1 Sachet

SV

2x/149,00

Dr. 5/492

Montpellier

pdt 8j

30,00

2) Omegonol 20 mg ( gel )

30,00

1 gel/j

pdt

PER 12/20

PPV 300,00

42,60

3) Bronchotuss SV syrup

LOT:1072

PER:10/20

PPV:42,60DH

1 ca/s

SV

2x/1

halt 6j

4)

Effipred 20 mg

SV

20 mg

le mat

EFFIPRED® 20 mg

PPV 580DH40

EXP 09/2021

LOT 8603016

280,00

لعنوان: الشريفة . زنقة 1 رقم 94 . الدار البيضاء الهاتف : 05 22 21 52 00

Adresse : Chrifa, Rue 1 Numéro 94 Casablanca . Tél : 05 22 2152 00