

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 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° W19-476196

NR 11900

Optique       Autres

Maladie

Dentaire

CA  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : R 00 283

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR. OUEZZANI MOHAMED

Date de naissance : DEC 03, 1981

Adresse : 5 RUE ALFARABI N° 5 5<sup>e</sup> étage

TANFER

Tél. : 0610 349435 Total des frais engagés : DA 361 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07.01.2020

Nom et prénom du malade : Spectre chenf MUNIR Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : MALADIE LONGUE DUREE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : TANFER

Signature de l'adhérent(e) : Le : 07.01.2020

### RELEVE 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 : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

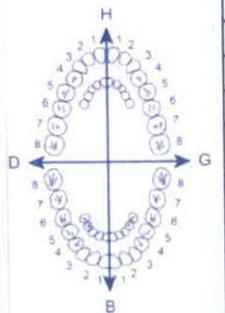
Cachet du Pharmacien du Fournisseur <i>Pharmacie Les Palmiers Dr. AJANA A. Rue Al Antaki - Tanger B 05 49 32 57 63</i>	Date 07/01/20	Montant de la Facture 361.00
		
		611800103056 9 <b>EXFORGE</b> ○ 5mg/160mg 28 comprimés pelliculés PPV : 361.00 DH
ANALYSES		Montant Honoraires
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	<b>Exforge® 5 mg/160 mg</b> comprimés pelliculés

Cachet et signature du Particien	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.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DEBUT D'EXECUTION	[REDACTED]
FIN D'EXECUTION	[REDACTED]
COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DATE DU DEVIS	[REDACTED]
DATE DE L'EXECUTION	[REDACTED]



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE LES PALMIERS**

7, Rue Antaki TANGER

**DR. AJANA ADEL**  
Docteur en Pharmacie  
Lauréat de l'Université  
de LILLE - FRANCE

R.C. 40318

TVA

Tél : 0539325763

Le 07/01/2020

**FACTURE N°201379**

M. OUAZZANI MOHAMED

*Arrête la présente facture à la somme de :  
Trois Cent Soixante Un Dirhams.*