

## 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.

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° W21-606554

65356

CA

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5053

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUAZZANI CHAHAD DR

Date de naissance :

22-8-64

Adresse :

5409 SEDOURA H-24 MA 807

Tél. : 06 61 06 54 11

Total des frais engagés : 213,50

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur JOUNDY Amine  
Médecin Généraliste  
75,Rue Taha Hocine, Qt Gauthier  
Casablanca - Tél : 05 22 27 43 27

Date de consultation :

12.5 JAN 2021

Nom et prénom du malade :

OUAZZANI CHAHAD SOUAH REZEI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Trouble cœur

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 :

12.5.2021

Signature de l'adhérent(e) :

#

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-606554

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 : 5053

Nom de l'adhérent(e) : OUAZZANI

213,50

Total des frais engagés : 213,50

Date de dépôt :

envoyé à ACCUEIL  
22/03

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
25 JAN 2021	G	150 04	INP : 091163550	Docteur JOUNDamine Médecin généraliste 5 Rue Taha Youssef, Qt Gauthier 5522 27 43 27

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien, ou du Fournissoir	Date	Montant de la Facture
<i>18/01/2021 BADIO Résidence LA CORNICHE Q 3 Zone 3 Rue d'Azrou 022 61 38 15 - CASA</i>	25/01/2021	78,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale  
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي  
الطب العام

Casablanca, le 25 JAN 2021 الدار البيضاء، في

N°<sup>me</sup> Ouazzani Chahbi Jounay Keza

Dernier plus

2 gelées / 1er le soir p't 10/10



091163550

Docteur JOUNDY Amine  
Médecin Généraliste  
75, Rue Taha Hocine, Qt Gauthier  
Casablanca - Tél. 0522 27 43 27

75, زنقة طه حسين (غاليلي سابقاً)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء  
75, Rue Taha Hocine, (ex Galilée), 1<sup>er</sup> étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca  
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma