

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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

Nº W21-623735

66478

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1439</u>	Société : <u>Retraite (RAM)</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>HARBOUZE Ahmed</u>
Nom & Prénom : <u>HARBOUZE Ahmed</u>			
Date de naissance : <u>16/12/1952</u>			
Adresse : <u>24 Route oued Zouzou Apt 14 Casablanca</u>			
Tél. : <u>06 61 88 56 24</u>	Total des frais engagés : <u>695,50</u> Dhs		

Autorisation CND? Nº: A-A-215/2019

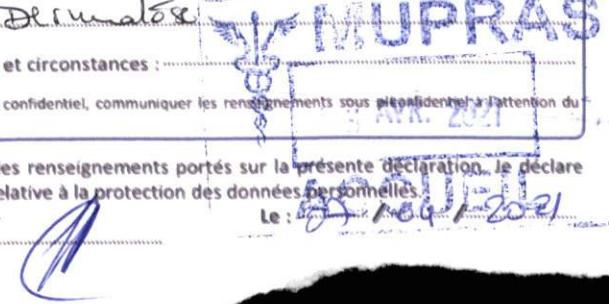
Cadre réservé au Médecin			
<u>Docteur NEJJAM Fathia</u> <u>PROFESSEUR</u> <u>DERMATOLOGUE-VENÉROLOGUE</u> <u>293, Bd. Abdelmoumen 2027</u> <u>0522266515</u> <u>6/4/2021</u>			
Cachet du médecin :	<u>HARBOUZE: KELOUN.</u>		
Date de consultation :	<u>6/4/2021</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>HARBOUZE: KELOUN.</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Diarrhée</u>		
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) :

Le : 6/4/2021



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MAISON DE LA SANTE KENZA SARL AU 10, AV. EL HADJ SIDI KENZA 1000 CASABLANCA TÉL: 0525 44 06 44</i>	06/4/21	345,50

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

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

**Professeur NEJJAM Fatna**

Ex. enseignante à la faculté  
de médecine de Casablanca

DERMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE  
LASER - PUVATHERAPIE

**الدكتورة نجام فاطنة  
أستاذة سابقة بكلية  
الطب الدار البيضاء**

اختصاصية في أمراض الجلدية والتجميل

Casablanca, le ..... 06/4/2021

نوع HAKROU ZE kel-tous

305,50

19 Xeracalum Rose

40,50

29 Effrosi Hydro.

le dr → le Dr xidey

345,50

docteur NEJJAM Fatna  
PROFESSEUR  
DERMATOLOGUE  
293, Bd. Abdelmoumen - CASABLANCA  
Tél.: 05.22.86.25.25 - 05.22.86.26.27  
E-mail : docteur.nejjam@gmail.com

293, Bd. Abdelmoumen (angle Bd. Anoual). 2ème étage - N° 2 - Casablanca  
Tél.: 05.22.86.25.25 - 05.22.86.26.27 - E-mail : docteur.nejjam@gmail.com