

## 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

- 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° W21-626765  
93063

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9232 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YASSIRE MERIENE

Date de naissance : 10/05/66

Adresse : 8 RUE PARTHENON RES. RANA ETG 5ème  
2 Mars

Tél. : 0522 21 23 27 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin Dr. MAJDE El Amel  
31, Bd. Abdellah Sefhaji Hay El Amel  
Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

Date de consultation : 27/05/21

Nom et prénom du malade : YASSIRE Meriene Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : RGO + stress

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-626765

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 : 9232

Nom de l'adhérent(e) : YASSIRE Meriene

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |                           |                       |
|---|---------------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date                      | Montant de la Facture |
|  | 31 Rd Abdel<br>31/05/2021 | 369 f                 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

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

[illegible]

| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |          |          |          |          |          |          |          |          |   |
|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|
|                 | <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>30533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>D B G</p> | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 30533411 | 11433553 | <p>COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</p> <input type="text"/> |
|   | 25533412  | 21433552 |          |          |          |          |          |          |          |   |
|   | 00000000  | 00000000 |          |          |          |          |          |          |          |   |
|   | 00000000  | 00000000 |          |          |          |          |          |          |          |   |
|   | 30533411  | 11433553 |          |          |          |          |          |          |          |   |
| <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | <p>MONTANTS<br/>DES SOINS</p> <input type="text"/>  |          |          |          |          |          |          |          |          |   |
| <input type="text"/>  | <p>DATE DU<br/>DEVIS</p> <input type="text"/>   |          |          |          |          |          |          |          |          |   |
| <input type="text"/>  | <p>DATE DE<br/>L'EXECUTION</p> <input type="text"/>   |          |          |          |          |          |          |          |          |   |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |          |          |          |          |          |          |          |          |   |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |          |          |          |          |          |          |          |          |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR MAJD EL ALAMI

Médecine Générale

Ancien Médecin attaché des Hôpitaux (France)

D.U. Diététique et Maladies de la Nutrition

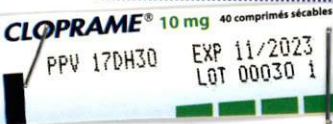
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité...)

الدكتور مجد العلمي  
الطب العام

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات (فرنسا)

شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية

(السمنة - الكوليسترول)



inca, le : 27/05/21 : الدار البيضاء في

1730 - Facile Neriema

Cloprame 10mg

144,50

1cp x 3/j

1/2h avant  
repas

Esac 2mg

1cp 1/2h avant le matin à jeun

9890

Gaviscon

1/2h avant le repas

109,00

Dsmess

1cp x 3/j

Lot: DS03/21  
DLC: 03/2024

P.P.C : 109,00 DH

الدكتور مجد العلمي  
Dr. MAJID EL ALAMI  
31 شارع عبد الله الصنهاجي حي الأمل 3 - الدار البيضاء  
31, Bd Abdellah Senhaji Hay El Amal III - Casablanca  
Tél: 06 61 78 93 76

31, Bd Abdellah Senhaji - Hay Amal 3, 1<sup>ER</sup> Etage - Casablanca  
Tél.: Cabinet : 05 22 28 34 19 / GSM: 06 61 78 93 76  
ICE : 001856360000023