

## 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 rééductions.
  - 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 : +212 32 22 45 45 (L.G) - Fax : +212 22 28 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-633814

314 80 815

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>8154</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>M HAMED</u>
Nom & Prénom : <u>EL MANSOURI MOHAMED</u>			
Date de naissance : <u>01/07/65</u>			
Adresse : <u>NO 24 PASSAGE N° 1 HAY WAFIK BERRECHID</u>			
Tél. : <u>0666113132</u>	Total des frais engagés :	<u>162,00</u>	Dhs

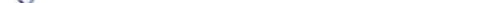
Autorisation CNDPP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	01/04/2021
Nom et prénom du malade :	EL M'RABTE Souhaile
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	COVID-19
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 :.....N.S.R

Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'auteur(e) : 

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
01/04/21	CS	globet		INP : 061234567 Dr. OUBAIS Médecin libéral Signature : Dr. OUBAIS Date : 11/05/22 03 07

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ATTA Immeuble MARY 10, rue Mohamed V, 1000 Casablanca, Maroc Tél: 022 32 45 94 Fax: 022 32 45 94	01/07/2021	162,00

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



الدكتورة سهام أوبهيا  
الطب العام  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE  
ECHOGRAPHIE  
ELECTROCARDIOGRAMME

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
أخصائية التغذية

أمراض النساء و تتبع الحمل  
الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب

## Ordonnance

Berrechid, le 01/07/2021

Nom.prénom:

1- El HABITE 1/2 EP 19,70

2- Vitamine 1000 1/2 EP 26,90

3- Zinaskin 90x21J 40,90

4- Desktop 1/2 EP 14,50

PPV: 79DH70  
PER: 11/23  
LOT: J3283

Vita C1000®

PPU 26DH90 EXP 02/2024  
LOT 11043 7

ZINASKIN®

PPU 400DH90 EXP 01/2024  
LOT 00049 28

RDV:

58, الطابق السفلي، حي ليالي 2 (قرب مدرسة المذاهب) - برشيد  
N°58-Rez de chausée quartier Layali2 - Berrechid  
06.69.51.16.18 ▲ 05.22.03.07.72  
sihamoubouhia@gmail.com