

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Soin 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, traction 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

Maladie

Dentaire

N° P19- 055548

82 863

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3711 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HAMMOU ABDEL OUAHED

Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : RESIDENCE AL MANAR IMM. 2

Appt 6, Av. Bir Anzarane EL JADIDA

Tél. : 0661 238470 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : EL Jadida Le : 06 SEP. 2021

Signature de l'adhérent(e) : *Hammou*



Le : 06 SEP. 2021

#### APPENDICES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. ALI AMANI Docteur Dr. Ali Amani La Faculté - Sidi Abdellah Casablanca - Tel: 023-37-3411	09/08/21	135,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**PHARMACIE SIDI MOUSSA**  
Docteur Mina AIMANI  
Lotissement Dachra n° 14  
Route de la Faculté, Sidi Moussa  
EL JADIDA  
Téléphone : 05 23 37 36 17

El Jadida, le

09/08/21

Pharmacie SIDI MOUSSA  
Dr. Mina AIMANI  
Lotissement Dachra n° 14  
Route de la Faculté, Sidi Moussa  
El Jadida - Tel: 023-37-36-17

Facture n°	99
Client	HAMMOU ABDELOUAHED

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Total en dirham
Tritazide 5mg/30mg 28 Comprimés sécables	1	107,10	107,10
Cardioaspirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 DH Bayer S.A.	1	27,70	27,70

TOTAL GENERAL

135,20

Facture arrêtée en dirham à la somme de (en lettres) :

cent trente cinq dirhams virgule vingt centimes.

Pharmacie SIDI MOUSSA  
Dr. Mina AIMANI  
Lotissement Dachra n° 14  
Route de la Faculté, Sidi Moussa  
El Jadida - Tel: 023-37-36-17

Cachet et signature

valable 3 mois

Le 05.12.2021

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr BELAMINE Fatima

Certifie que Mlle, Mme, M. : HANNOU Asadelouhej

Présente hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois : Maladie de longue durée

Dont ci-joint ordonnance : TriLazid 5/2,5 1cp/j

(à défaut noter le traitement prescrit) Candesprine 100 mg/j

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. BELAMINE Fatima  
Médecin Généraliste  
33, Boulevard Joulane Salmia II  
Bali Olympe - Tél 0522 38 56 25