

## 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° W21-648020

85321

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : **RAF**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **Youssef Berhid**

Date de naissance : **16/12/1974**

Adresse : **408, lot EL Qad EL Jadid**

Tél. : **0662 06 1034** Total des frais engagés : **699** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **6/09/2021**

Nom et prénom du malade : **IN ANSEN YERBA** Age : **47**

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

Nature de la maladie : **Affection génitale**

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 : **06/09/2021** Le : **06/09/2021**

Signature de l'adhérent(e) : 





[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie du LTB A M</b> <b>Dr. Mohamed H. JALLOUA</b> <b>Dr. Mohamed Khouider S. Othman</b> <b>Tel: (03) 35 33 43</b>	06/09/21	299,20 Dhs

[illegible][illegible]

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

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**KABBAJ Ghita Ep. SEBTI**  
Gynécologue Obstétricienne

Professeure de la Faculté de médecine  
de Casablanca  
Ancien médecin interne  
au CHU Ibn Rochd



**الدكتورة قباج غيثة زوجة السبتى**  
طبيبة اختصاصية في أمراض النساء و التوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا  
بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

Casablanca le **- 6 SEPT 2021** الدار البيضاء في

Nom et Prénom : Benyazza Imane

53.20

Exacyl 700



**EXACYL 700**

53.20

1 Cp x 21

Biomantrol



LOT: 2105022  
FAB: 05/2021  
EXP: 05/2024  
PVC: 123.000H

1, 299.20

Septidol

Namix gel  
lubrifiant naturel

**Dr. Ghita. KABBAJ**  
Gynécologue Obstétricienne  
400, Bd. Zerkouni 2<sup>e</sup> Etg N°14  
Tél : 05 22 47 16 89  
ICE : 000104498000090

**Pharmacie Dr. Mohia El  
Dr. Morche**

إقامة بيزنس بلازا رقم 400 شارع الزركطوني (إتجاه مسجد الحسن الثاني) الطابق الثاني رقم 14 - الدار البيضاء  
Business Plaza, N° 400 Bd. Zerkouni (Direction Mosquée Hassan II) 2ème étage, N° 14 - Casablanca  
البريد الإلكتروني : E-mail : kabba\_jghita2008@yahoo.fr - الهاتف : 05 22 47 16 89