

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

N° W21-656722

87557

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0008392 Société : EX R.A.M			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ELIDAGHRI Najat
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 066 6009 732		Total des frais engagés : 1224,90 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Hamza BENNOUNA Cardiologue Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalk CASABLANCA Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38	
Date de consultation : 30 SEP, 2021	
Nom et prénom du malade : EL MDAOURI Nadjah Age: 14	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HTA	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-656722
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 : 0008392  
Nom de l'adhérent(e) : ELIDAGHRI  
Total des frais engagés : 1224,90  
Date de dépôt : 11/10/2021

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Yousef EL IRAKI Rue Dr. EL IRAKI Tunisie	30.09.21	924,90

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

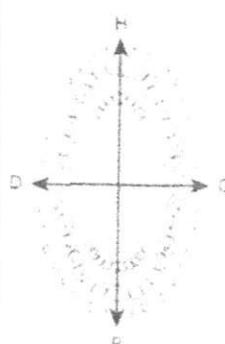
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est pris de préciser la dent traitée. L'acte pratique en indiquant la nature des soins.

### Important

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



(Creation, remont, adjonction)

[*Journal, Review, Discussion*]

## EFFICIENT JOB TRAVEL

## MONUMENTS DES SÈVRES

DATE DU  
DEVIS

JATE LH  
EXCUTIN

VISA ET CACHET DU GRATICIEN ATTESTANT LE POUVOIR

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور حمزة بنونة

## خريج كلية الطب ببنانسي (فرنسا)

## ال اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبیب سابقہ بمستشفيات نانسی

## خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنايسى

## ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : El MIDA GIRI

Prénom : Nadjia

Date de naissance : 30 SEP. 2021

Age :

Date d'examen : 17-3-1960

Heure :

## Motif d'examen

## Traitements :

Conclusions : R.M.

on all the  
for the  
12

اقامة هشام، زاوية عبد الحالمع علیو و مصطفى و زنقة عبد الحالمك ابو مروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 39 39  
Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marogane . CASABLANCA

Téléphone : 05 22 86 39 39 - Urgences : 06 61 16 96 78 - Fax : 05 22 86 38 38

FC 79  
PR 163  
QRSD 74  
QT 347  
QTc 398

--Axe--

P 43  
QRS -9  
T 65

