

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

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

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.

## **ntaire :**

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**

Reclamation : 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](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

Nº M21- 0010805

Optique 94594  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06683

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AOUAD M'HAMED

Date de naissance :

11 - 12 - 1943

Adresse :

256 B<sup>e</sup> DE BORDEAUX ETG 5 APP<sup>e</sup> 10

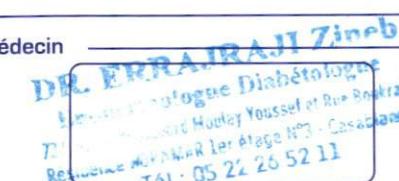
CASABLANCA

Tél. 06 63 18 80 44

Total des frais engagés : 522,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/21

Nom et prénom du malade :

Aouad M'Hamed

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension 2

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 : CASABLANCA

Le : 26/11/2021

Signature de l'adhérent(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
26/11/21	C2		300 DHT	DR. E. T. R. 26/11/2021 - C2 - Confirmation Téléphone : 05 12 65 52 11

## **EXÉCUTION DES ORDONNANCES**

Domicilio:  
39, Boulevard  
Sabiánica - Tel: 05 22 11 11  
**INPE: 092043355**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Zineb ERRAJRAJI**

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Maladies Métaboliques  
Obésité - Cholesterol



**الدكتورة الرجراجي زينب**

متخصصة في مرض السكري  
والغدد  
السمنة . الكوليسترونول

P 26/11/21

م. زينب آناد م. رومي

11,00x2

LOT D266466C.6

UT AV 05 2023

PPV 111.00 DH

LOT D365016D.3

UT AV 12 2023

PPV 111.00 DH

Hormone via la pompe

10U le mat

(S.V)

8U à midi

10U le soir

x 2

Dame (16t)

1amp / 15j

222,00

INPE: 092043355  
PHARMACIE My YOUSSEF  
Salma CHERIF D'OUAZZANE  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard My Youssef  
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25

DR. ERRAJRAJI Zineb  
Endocrinologue / Diabetologue  
Télé: 05 22 26 52 11  
Résidence Miramar, 737, Angle Bd Moulay Youssef rue Boukraa N°3, 1er étage - Tél.: 05 22 26 52 11

شارع مولاي يوسف، زنقة بوكراء، إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء  
737, Angle Bd Moulay Youssef rue Boukraa Résidence Miramar N°3, 1er étage - Tél.: 05 22 26 52 11