

## 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 médicament 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**

- 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-638254

101272

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1696</u>	Société : <u>/</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ASSIL AÏAAL</u>			
Date de naissance : <u>01-06-1956</u>			
Adresse : <u>CASA OULFA lot ESSAFA N° 44</u>			
Tél. : _____	Total des frais engagés : <u>250 + 166,80 = 416,80</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	<p>Dr. J. FABRICE HAMEL Dr. J. FABRICE HAMEL Chirurgie Générale - Faculté de Médecine de Paris N° 76, 1er étage Drôme El Houria Bd. Sidi Abderrahmane - Hay Hassassi BP : 0521 93 14 991</p>
Date de consultation :	13/01/2008
Nom et prénom du malade :	JASSI ADDAL
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Appétit 02
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli blindé et demander 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 : Le : 21/11/2022

**Signature de l'adhérent(e) :** .....

<b>VOLET ADHERENT</b>	N° W21-638254
Déclaration de maladie	
<p>Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.            Il sera nécessaire de le présenter pour toute            réclamation ultérieure.</p>	
<p><b>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</b></p>	
Matricule : <u>1696 ASSOL</u>	
Nom de l'adhérent(e) : <u>1668+250</u>	
Total des frais engagés : <u>416,80</u>	
Date de dépôt :	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/01/2022	DS		250,00	INP Dr. HASSAN N° 76, 1er Etage Der El Honra Chirurgie Générale - N° 5922 93 1299/1 BD. Sidi Abderrahmane - Hay Hassann OT-CHIRURGIE GENERALE

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur (mm. 6)	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Côte d'Or Mme Lotisse Tel : 05 22 934 190	13/11/22	166,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 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 l'ODF.

**Dr. Ahmed JABRI**

**Spécialiste O.R.L.**

**Maladie et Chirurgie**

**Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou**

**Exploration de l'audition - Endoscopie**

**Ancien praticien à l'hôpital 20 Août**

**Casablanca**

**الدكتور أحمد جابري**

**اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف،**

**الأذن - الحنجرة - جراحة الوجه والعنق**

**تشخيص السمع - الفحص بالمنظار**

**طبيب سابق بمستشفى 20 غشت**

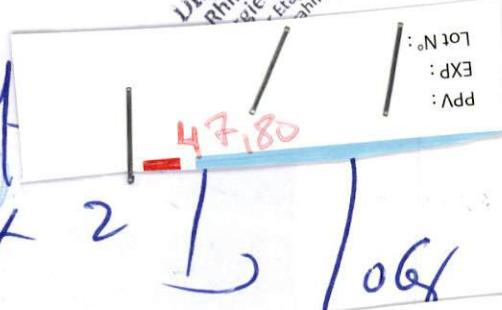
**الدار البيضاء**

**Casablanca, le : 13-1-2022**

**الدار البيضاء، في :**

**M. ASSIL Allal .**

**1) DAZENOL 47,80  
2M + 2 106**



**2. RISONEL forte N  
II bid 227 120g**

