

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-675287

108755

SN

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12324	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Hamdoun EL Mohabi			
Date de naissance : 14 Mars 1986			
Adresse : 201 Bd la Resistance appartenant 7 3ème étage Casablanca			
Tél. : 0663621569 Total des frais engagés : 350 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Dr Siham BENI MAINE MOHAMED            Pédiatre            Bab C2A Bd. Mohammed El Bachir            1000 Casablanca            Tél. : 05 22 75 36 92 - 05 22 73 00 00         </div>	
<p>Date de consultation : 03/01/22</p>	
<p>Nom et prénom du malade : Hamdoun EL Mohabi</p>	
<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>	
<p>Nature de la maladie : fièvre</p>	
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p>	
<p>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.</p>	

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 : 03/01/2022

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
03/01/22		C	3600	INP 08140251 Dr. Siham El HANE/ MGHABBAR Fonction: Médecin Basmali N° de Téléphone: 05 22 75 33 93

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

clinique Pédiatrique Ajial  
347, Bd Panoramique Casablanca  
Tel : 0522878181 Fax : 0522872500

DATE: 03/01/2022

**FICHE PATIENT**



N° Admission : X1K2218731

Date d'admission : 22/11/2021 à ↴

N° Identifiant : 17063066/17

N° CIN : A376344

Etablie par NADIA RECEPTION

**Nom et Prénom : HAMDOUN EL MAMOUN**

**Motif d'entrée : CONSULTATION SPÉCIALISÉE**

Adresse : RABAT

Ville :

Tél : 0661-08-87-71

Tél :

Situation familiale : Célibataire

Date de naissance : 18/05/2015

Nom du Père : HAMDOUN TAREK

Nom de la mère :

Nom de Jeune Fille :

Situation Professionnelle :

Lieu de naissance :

Personne à Contacter :

**Médecin traitant : BENSLIMANE MGHABBAR SIHAM**

**Médecin correspondant : URGENCE CLINIQUE**

**Catégorie Payant Mutualiste      Organisme : WAFA ASSURANCE**

Observation