

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-687862

109554

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2365

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SRIA ABDELCAH

Date de naissance : 04-01-1964

Adresse : 125 RUE 13 B 01 001 MARRAKCHI

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur JANANI Saadia  
Chimatologue  
06 18 15 51 97

Date de consultation : 14/13/2022

Nom et prénom du malade : SRIA HAFID

Age :

Lui-même

Enfant

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie : P.Q

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) : CASABLANCA

VOLET ADHÉRENT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

es des ctes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/02/2011	✓	13/02/2011 JANVIER SAADOUN	INSCRIPTION DE LA PRESUNTE MISE EN GARDE POUR LA PAGATELLI POUR LA MISE EN GARDE DU 11/01/2011	INP : 091036661
		13/02/2011		
		13/02/2011		
		13/02/2011		

14/3/2022 C  
JESSE JAWANI Saad  
Phu 18/5/1997  
EXECUTION

## EXECUTION DES ORDONNANCES

achat du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

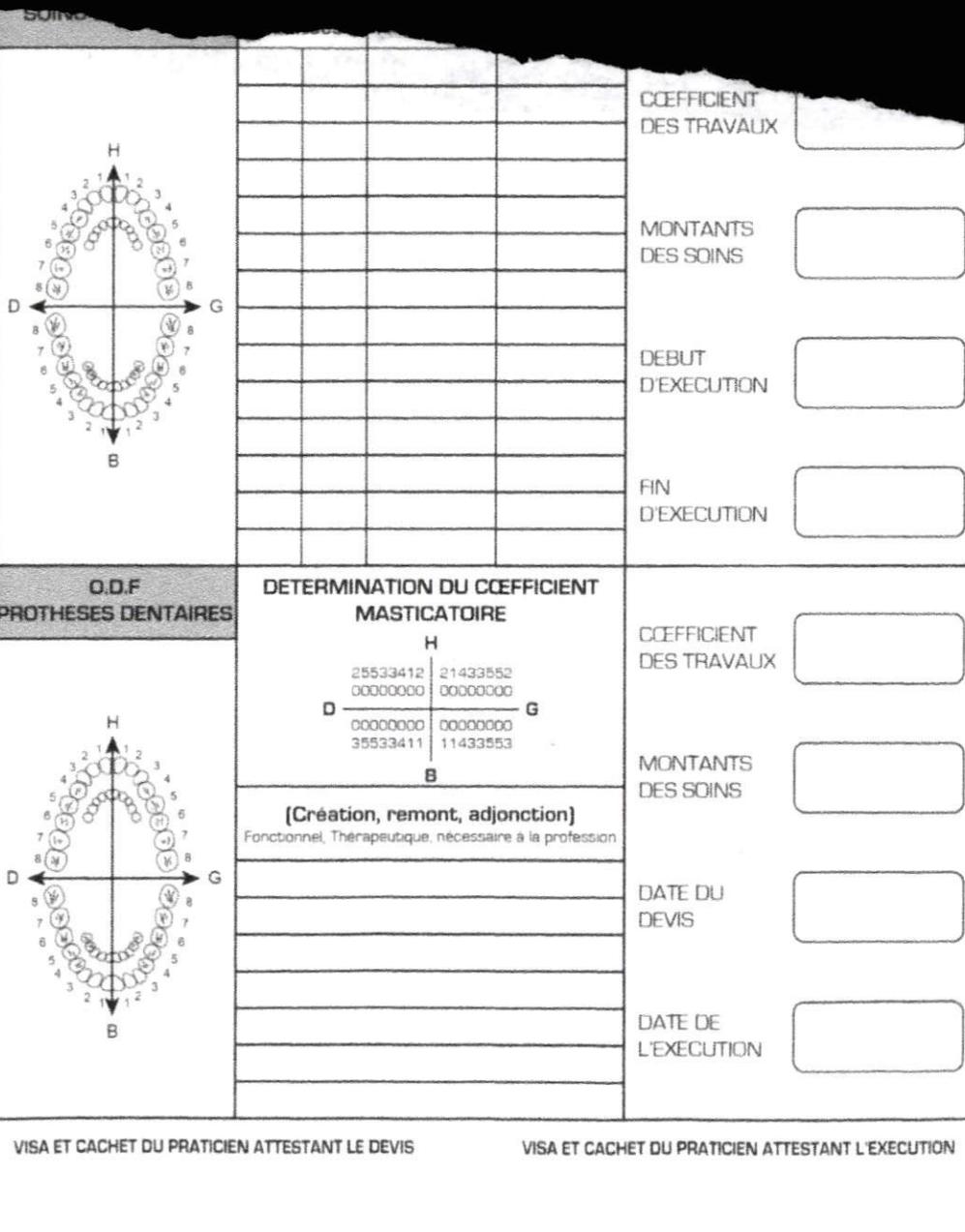
achet et signature du l'Institut et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.





# مصحة الجهاز العصبي

## NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

**14/03/2022**

Casablanca, le .....

### **FACTURE N° 0146/3/22**

Docteur :

NOM ET PRENOM : MME HAJJAJI SANA

CS PR JANANI

MONTANT TOTAL : 400,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
«QUATRE CENTS DIRHAMS »

**FD**

*NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA  
Angle Rue de l'Isère et Rue N° 2  
Quartier Bagatelle - Casablanca  
Tél: 05 22 82 11 11 - Polo*