

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie M22- 0007022

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2493 Société : 124404

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SABIR ABDELLAH

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0007022

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |  |
|---|------------|--|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture  |
| <p>Pharmacie Dounia Eraba SARL AU</p> <p>99 Rue 64 El Wifak 3</p> <p>Casablanca</p> <p>05 22 91 51 34</p> | 29/07/2022 | <p>47100</p> <p>Pharmacie Dounia Eraba SARL AU</p> <p>99 Rue 64 El Wifak 3</p> <p>Casablanca</p> <p>05 22 91 51 34</p> |

[illegible][illegible]

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

[illegible]

DEVIS

**ديبروزون<sup>®</sup> 0,05 % كريم**  
بيتا ميتازون  
للدهن فقط

LOT : 141  
PER : NOV 2024  
PPV : 32 DH 50





# Pharmacie DOUNIA ERRAHA S.A.R.L AU

Dounia BENYAHIA TABIB

0522915134

299 RUE 64 WIFAQ3 EL OULFA, CASABLANCA



**Facture N° FAC-27033**

Date : 29/07/2022

**SABIR ABDELAH**

Maroc

| Produit                         | Qté. | P.U   | Total |
|---------------------------------|------|-------|-------|
| DIPROSONE CR 30G 0.05% CREME GM | 1    | 32,50 | 32,50 |
| HEMOFAST SU B6 SUPPO            | 1    | 14,50 | 14,50 |

Pharmacie Dounia Erraha SARL AU  
N° 299 Rue 64 El Wifak 3  
El Oulfa Casablanca  
Tel : 05 22 91 51 34

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| Total Organisme | 0 DHS            |
| Total Client    | 47,00 DHS        |
| <b>Total</b>    | <b>47,00 DHS</b> |

**Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-sept DHS**