

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.

Antique:

- 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 AID et AIC :

- 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



Déclaration de Maladie

Nº W21-629386

9386 125489

<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>2272</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Alain Boujeunes</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>04 90 12 00 00</u>	Total des frais engagés		Dhs

Autorisation CNPP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	<i>Toum Sadi K</i>		Age: _____
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>frise du do do tateeb Gh</i>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
<p><u>Dans les cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.</u></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 : _____

Signature de l'adhérent(e).

Le : / /

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

06/06/2022



2200511986 / H0120033212

Prénom : MERYEM

Nom : SEDDIK

DDN : 15/10/1965 E: 03/06/2022

Service : HOSPI 5 (C178)

PAYANT

Sexe: F

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant BENSALAH Souhail
BENSALEH Souhail
Traumatologie-Orthopédie

7/7/22

1/ زينت سونج

1 gr x 2/j pdr 7/



23/6

2/ قاسم



13200 1 gr x 3/j pdr 7/

34700 X

3/ نوره



1 gr x 8/j pdr 45/

T: 2724.20

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Compresses stérile
Betadine
Sparadrap.
gant propre.

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2200511986 / H0120033212

Prénom : MERYEM

Nom : SEDDIK

DDN : 15/10/1965 E: 03/06/2022

Service : HOSPI 5 (C178)

PAYANT

Sexe: F



- Son dossier à M/R
- Rendez vous avec Dr Ben Salleh
en Gérontologie pour contrôle
le Vendredi 10/06/2022



Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma