

## 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'optision sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation

- L'entête 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**

- O Réclamation** : contact@mupras.com
  - O Prise en charge** : pec@mupras.com
  - O 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.

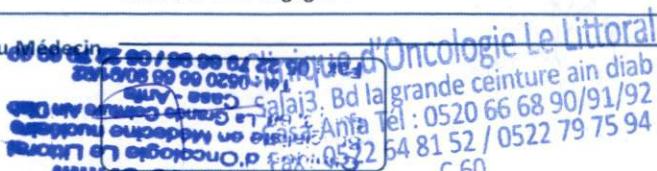
**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-782198

156031

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : ..... <b>DI 10000 24441</b>		Société : .....	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
Nom & Prénom : <b>Ben Haddou Amal</b>			
Date de naissance : .....			
Adresse : .....			
Tél. : .....		Total des frais engagés : ..... Dhs	
Cadre réservé au médecin			
<b>Cachet du médecin :</b> 			
Date de consultation : <b>26/01/2023</b> Nom et prénom du malade : <b>Ben Haddou Amal</b> ..... Age : ..... Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Cancer papillaire de la thyroïde</b> En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ..... Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicconfidential 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.			

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 : ..... R A C E Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ..... 

**Significant Level (S):**

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture <b>Pharmacie MAPERLA</b>
	14.02.23	<p>DR RYASHI MERYEM MAPERLA TEL: 06 22 53 79 68 INPE: 092089903</p> <p>23, 20</p>

A blue ink stamp from a pharmacy. The stamp contains the text "Pharmacie MAPERLA" in large letters, followed by "DR. RYACHI NERYEM", "Zouline", "ep 22/03/88", "n° 5273-7868", and "189903".

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre de Médecine Nucléaire le  
لـ الطـبـ الـنوـويـ السـاحـل

Dr. Shimi Younes  
Médecin Nucléaire

Yan BEN HADDA Ama

1- Lévothyrox 190

19/j pdt 3m

24,40

X3

2- ....

3- ....

23,20

Pharmacie MAPERLA

DR. RYACHI MERYEM

ep ZOUINE

TEL.: 05 22 53 79 68

INPE : 092089903

Le matin à jeun, 30 minutes

avant le petit déjeuner.

Casablanca, le

24/02/2023

Dr. Younes SHIMI

06 22 78 88 88 / 06 22 79 88 88

Tel:

0520 88 88 88 081/082

Sousc. 3, Bld la Grande Ceinture Ain Diab

Casab - Aftra

Centre d'Ingenierie en Médecine Nucléaire

clinique d'oncologie le littoral