

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-765593

AS 8865

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4937	Société : RAA		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	FARI S LOUBNA
Nom & Prénom : FARI S LOUBNA			
Date de naissance : 08/01/1965			
Adresse : 76 les villas Anfa 3 Pan Panayga.			
Tél. : 0661465506	Total des frais engagés : 350 + 532,70 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Khalid LAMNIA BERMATO-VENERELOGUE Angle Bd Sidi Abderrahmane et Bd Abdelhadi Boutaleb Tél. 0522 90 04 17			
Date de consultation : 17/04/2023			
Nom et prénom du malade : CHEHRADI OTHMAN Age: 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection dermatologique			
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 : RABAT Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

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
17/11/23	5	5	35500	INP Dr. Khalid LAMNIA EPMATO TENEROUCHE Bd Sidi Abdellah Bourguiba Bab Abdellahi Bourguiba 0322 90 04 71 180571

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie OULAD JARRAR</b> Dr. ALAQUI HACHIMI Meryem 39, Village Pilote Dar Bouazza. Tél : 0522 29 08 03 - CASABLANCA.	17/4/83	532,50

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



Casablanca, le

17/04/2023

الدار البيضاء، في

Mr CHERRADI OTHMAN

165.00

NUTRIGEL GEL SURGRAS DERMETIK  
LAVER ET RINCER



**PLIS**

6450X3

MYK 1 % SOLUTION

LE MATIN PDT 1 MOIS

5800X3

ONIFINE CREME

LE SOIR PDT 1 MOIS



~~Pharmacie OULAD JARRAR~~  
Dr. ALAOUI HACHMI Meryem  
39, Village Pilote Dar Bouazza  
Tél : 0522 29 08 03 - CASABLANCA

532,50

0522 29 08 03 - CASABLANCA  
Village Pilote Dar Bouazza  
ACU HACHMI Meryem  
Acce OULAD JARRAR

MYK 1 %

54,50

MYK 1 %

54,50

ميك 1%

نبرات سلوك ازول

LOT : 121922  
PER : 12 / 24  
PPV : 64 DH 50

لبلق خفيف

LOT : 065  
PER : SEP 2025  
PPV : 58 DH 00

لبلق خفيف

LOT : 065  
PER : SEP 2025  
PPV : 58 DH 00

لبلق خفيف

لبلق خفيف  
LOT : 065  
PER : SEP 2025  
PPV : 58 DH 00

لبلق خفيف  
LOT : 065  
PER : SEP 2025  
PPV : 58 DH 00