

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-804459

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) *12007*

Matricule :

Société :

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre :

Nom & Prénom : *7, ELYAS ALAOUI Mehdi*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *0661 691273*

Total des frais engagés : *300 + 167.70 Dhs*

### Cadre réservé au Médecin

**Docteur JOUNDY Aline**  
Médecin Généraliste  
75,Rue Taha Hocine, Qt Gauthier  
Casablanca - Tél : 0522 27 43 27

Cachet du médecin :

Date de consultation : *26/05/2023*

Nom et prénom du malade : *El Yallaoui Fad*

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : *05/06/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

Le : */ /*

**MUPRAS**

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
26/05/13	C1	300.02		<b>INPE</b> <b>091103550</b> INP : <b>Docteur JOUNDY Amine</b> <b>Médecin Généraliste</b> <b>75,Rue Tahar Hocine, Qt Gauthier</b> <b>Casablanca - Tel : 0522 27 43 21</b>

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR 13/05/2023 Casablanca 22394005 M. M. M. Pharmacie	26/05/23	167,00



Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale  
et Homéopathie

الدكتور أمين جندي  
الطب العام

26 mai 2023

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

Enf. EL YAALAOUI Jad

1/ DR ROUGIER SIROP ENFANT

1 cuillère à café x3/jour, pendant 5 jours

2/ ALGANTIL 200 MG 20 CPS

1 comprimé x3/jour pendant 6 jours

3/ HIVERNEX STICKS

1 stick x2/jour pendant 6 jours

4/ STERIMAR STOP AND PROTECT RHUME

1 pulvérisation 3 fois/jour, pendant 6 jours



code INPE



091163550

Docteur JOUNDY Amine  
Médecin Généraliste  
75, Rue Taha Hocine, Qt Gauthier  
Casablanca - Tél : 0522 27 43 27

75. زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء

75, Rue Taha Hocine, (ex Galillée), 1<sup>er</sup> étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca  
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma