

# 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.



# Déclaration de Maladie

N° W21-728199

## Maladie

## Dentaire

## Optique

A

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

CHADAMY

Autre

SAÏD

Nom & Prénom :

CHADAMY SAÏD

Date de naissance :

31/03/1993

Adresse :

58. Rue Ibnou Fais Rabia Casablanca

Tél. :

0661-28-54-69

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;">   <b>PHARMACIE ARRAS EA ANNIE DANILOVILLAIN</b>          Docteur en Pharmacie          Dr SAJIB KHAN          Clinique Al-Sabah - Souq Karrada          Tel.: 06 22 35 740       </p>	16/09/2023	908,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

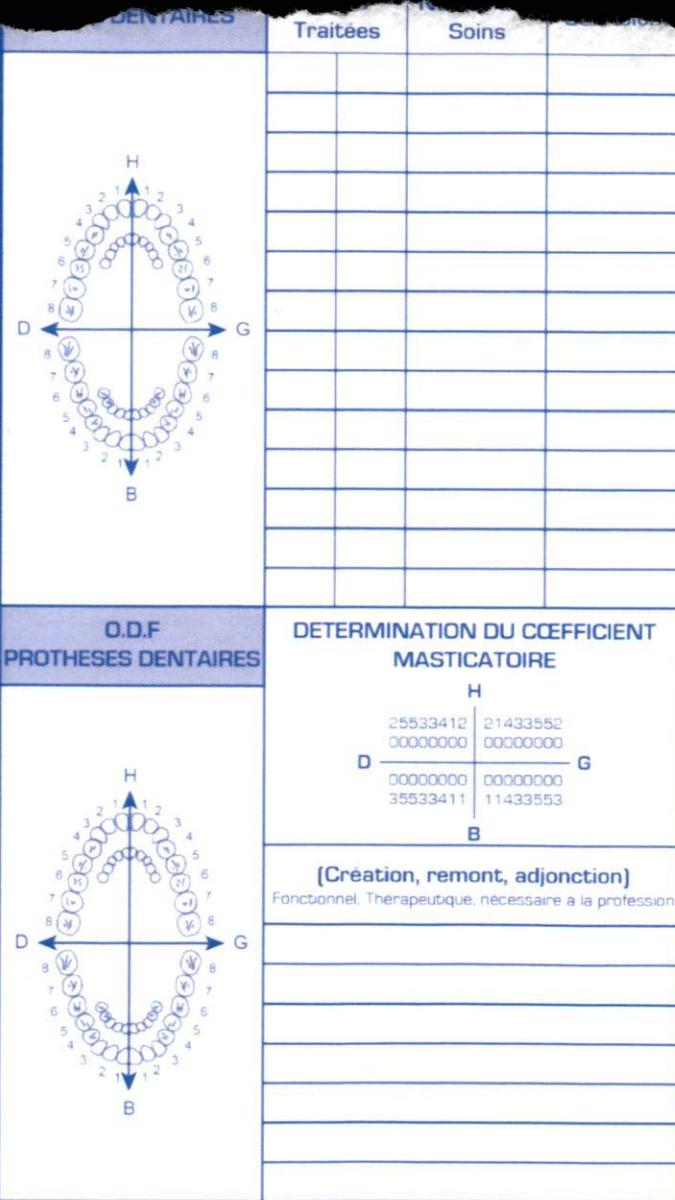
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VIOLET ADHESIVE

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



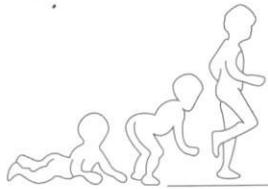
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur Khalid AMAR**

**Pédiatre**

Spécialiste de l'Asthme  
et des maladies allergiques  
de l'enfant



**الدكتور خالد عمار**

إختصاصي في أمراض الطفل  
أمراض الحساسية عند الطفل  
مرض الربو ( الضيق )

Casablanca le ..... 16/09/2023 ..... الدار البيضاء في

**Enfant Yasmine CHETOUANY**

Age : 17 ans

Poids : 68,000 kg

1) ADACEL-POLIO 0.5 ML SERINGUE PRE-REMPLIE

1 boite

2) MENACTRA SOL INJ

1 boite

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
ADACEL POLIO SUSP INJ  
B1 SER  
P.P.V : 332,00 DH  
5 118001 082162

الدار البيضاء  
PHARMACIE ARRABIA  
Ahmed Khalid BELLAOUCHI  
46, Allée des CASURINAS - Ain sebaâ Casablanca  
( Free Clinics Ain sebaâ - Ain sebaâ Casablanca )  
Tel: 05 22 35 27 40

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
MENACTRA 0,5 ML SOL  
INJ 1FL  
PPV : 576,00 DH

5 118001 081981

Doktor Khalid AMAR  
Casablanca - Tel: 0522 41 4573  
72, Bd Zerkouni. N° 12  
Pédiatre - Appart 12

72. شارع الزقطوني الطابق الرابع .الرقم 12 .( قرب سوق الورود ) .الدار البيضاء  
72, Bd Zerkouni. 4<sup>ème</sup> Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - Casablanca  
Tél. : 0522 47 45 72 - G.S.M : 0661 41 15 87 - E-mail : dr.amarkhalid.cabinet@gmail.com