

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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° W21-827291

200619

### Maladie

### Dentaire

### Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2647 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RHAREF - EL MOSTAFA

Date de naissance : 03/11/1977

Adresse : 32, B.d. Gammie, 10200 Agadir

Tél. : 066189001 Total des frais engagés : 82500

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2024

Nom et prénom du malade : RHAREF - EL MOSTAFA Age : 66

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Chirurgie Hernie inguinale

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'adjudicataire.

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 : ACCUEIL Le : 29 MAR 2024

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-827291

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ANNIA 18, 44 - OULLIOU 0522 92 00 00</i>	16/11/2024	255,60
		NPF: 092010578

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

### VOLET ADHERENT

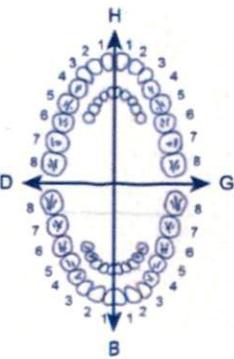
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

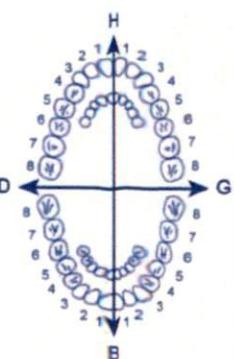
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en

**Important :**

## SOINS DENTAIRES



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET GAGNÉ DU PRATICIEN AT



Universität Regensburg  
Medizin Residenz - Chirurgie-Visceral  
Hospiz Universitäre Immunologie Christian Röhl  
Dr. AMINE JABRA

Posten 17/2

RD1 de cardiol de fundi 25/01/824  
a tof aux la Bézard



## وصفة طبية

### Ordonnance

Casablanca, le :

16/01/2024

- Rharef El Mostafa

74,80

1) Sencen 500 mg cp



(pdt 5j)

47,80

2) Dosen 1cp x 2/j



(pdt 1 mois)

14,50

1cp 1/j



3) Andol 1g cp

(si douleur)

118,50

1cp x 3/j



4) Tocor 20mg cp

(pdt 1g)

255,60

1cp/j à jum le matin