

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **Diologie 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.

## **Éducation :**

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.

## **Déclaration de 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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0011491**

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

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

Matricule : 1735 Société : RAN

 **Actif** **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : ABDELLAOUI EPAM RANI TOURA Date de naissance : 02/10/1951

Adresse : 137 Lot Haf Fatch N°5, ouelta, Maroc

Tél. : 06.66.19.86.22 Total des frais engagés : 579,95 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/09/2019

Nom et prénom du malade : ABDELLAOUI EPAM RANI TOURA

Lien de parenté :

 **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : casa

Le : 02/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : J. MM ACCUEIL



| RELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES   |                  |   |  |                 |      |             |
|--|------------------|---|--|-----------------|------|-------------|
| Dates des Actes  | Nature des Actes | Nombre et Montant détaillé des Honoraires | Cetificient des Honoraires attestant le paiement des Actes | (2+) 350100 DHS | Vias | 12 SEP 2019 |
| <b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b><br>Gachat du Pharmacien ou du Fourguisseur Date Montant de la Facture<br>12/09/19 229,25                          |                  |   |  |                 |      |             |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b><br>Gachat et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Designation des Cetificients des Honoraires<br>Montant |                  |   |  |                 |      |             |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b><br>Gachat et signature du Praticien Date des Soins Montant détaillé des Honoraires<br>Nombr AM PC IM IV                |                  |   |  |                 |      |             |

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmogiste



Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd  
Attestation de formation spécialisée approfondie  
Université de Nantes  
Maladies et chirurgie des yeux  
Echographie - Angiographie - Laser

الدكتور الدخيري محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد  
الدار البيضاء  
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

12/09/2009

M. Abolghoni 50 ANKOUI Tousin

PPV: 40DH40

PPV: 40DH40

1) Exacé collip. N°2 (SV)  
200/40000

-10 (SV)

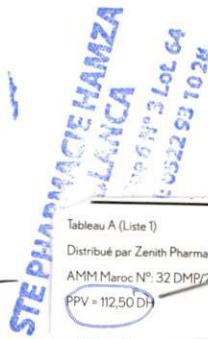


Tableau A (Liste 1)

Distribué par Zenith Pharma

AMM Maroc N° 32 DMP/1NNP

PPV = 112,50 DH

جدول (قائمة 1)

ر. المغرب رقم:

ZENITH PHARMA  
PPC: 35,95 DH

2) Lot emaux ref  
200/30000  
-10 (SV)

3) Unyg m sri soli (SV) ales

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 05 22 25 48 88 / 05 22 25 70 88

05 22 25 70 88 / 05 22 25 48 88 شارع ابراهيم الروదاني - الدار البيضاء - الهاتف: