

**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.



**Déclaration de Maladie**

N° W19-462335

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308    Société : R.A.M.  
 Actif     Pensionné(e)     Autre  
 Nom & Prénom : Bougaddou Fatima  
 Date de naissance :  
 Adresse : Lot. Alferdaouss. App 7 Etage 2 HAB 8  
 Casablanca  
 Tél. : 0622467656    Total des frais engagés :    Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 27/10/2019  
 Nom et prénom du malade : BOUGADDOU FATIMA  
 Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant  
 Nature de la maladie : polyarthrite rhumatoïde  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer des 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 : Casablanca    Le : 29/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

**Adresses Mails utiles**

- o Réclamation : contact@mupras.com
- o Prise en charge : pec@mupras.com
- o 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





clinique  
mers  
Sultan



مصحة  
مرسس  
السلطان



Casablanca, le 27 SEP. 2019

CHIR

med Arssi  
UE ET TRAUMATOLOGIQUE  
GIE DU SPORT  
THROSCOPIQUE  
DECINE DU SPORT

Tel : 05 22 27 02 79 - FAX : 05 22 26 79 42

GSM : 06 61 25 11 11 - E-mail : m.arssi@hotmail.fr

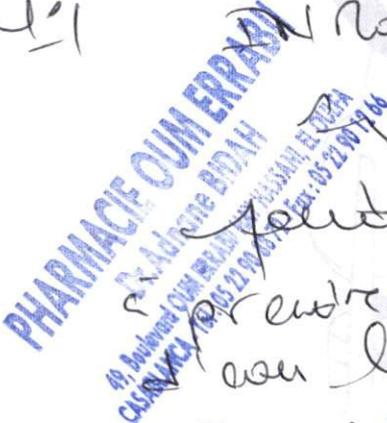
## ORDONNANCE

NOM & PRÉNOM DU PATIENT :

بنوع - Bougzdou - Fatima

170,00

*Handwritten notes:*  
1/1  
INROS cp  
1 cp / jour  
1 an  
à prendre avec un gd verre  
d'eau le matin à jeun  
20  
Doxiclin (gelule rouge)  
1 cp / jour 2 h



Pr. M. ARSSI

**URGENCES 24H/24H**

05 22 26 79 42 : الفاكس - الدار البيضاء - (قرب حديقة مردوخ) - شارع عمر الإدريسي 46

64 BD Omar El Idrissi (en face du jardin murdoch) - casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

الهاتف : 05 22 27 72 72 (L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85

E-mail : info@cliniquemerssultan.ma / www.cliniquemerssultan.ma