

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-422473

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **5960** Société : **RAM**

Matricule : **5960** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **FAIKI ABDELAZIZ**

Date de naissance : **11/04/1962**

Adresse : **34, Rue 17 SEKILI A(1) gulta**

Tél. : **0667-015273** Total des frais engagés : **88 Dhs**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENABDELJALIL M. Najib  
PSYCHIATRE-PSYCHOTHERAPEUTE  
77, rue du Prince Moulay Abdellah  
Tél. 022.38.01.10 - CASABLANCA

Date de consultation : **21 AOUT 2019**

Nom et prénom du malade : **Faik ABDELAZIZ** Age : **57**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Faik ABDELAZIZ**

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 : **casablanca** Le : **21/08/19**

Signature de l'adhérent(e) : 

#### RELEVÉ 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
21 Aout 2019	5	400 DH		INP : <i>DR M. KERADIC</i> PSYCHIATRE PSYCHOTHERAPEUTE 77, rue QUATRE SAISONS Tel. 02.3222.1100

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAKIM Dr ALAUI BOUCHRA 100, Rue Al-Idrisi - 10040, Sékouba Oulad. CASABLANCA - TÉL: 0522 90 71 62	21/08/19	3049,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

REUVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

د. محمد نجيب ابن عبد الجليل  
الخبير في الأمراض النفسية والعقلية

Dr. M. Najib BENABDELJALIL  
PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE

Casablanca, le

21 AOUT 2019

Dr BENABDELJALIL M. Najib  
PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE  
77, rue du Prince Moulay Abdellah  
Tel. : 05 22 88 01 10 - CASABLANCA

FAIK

Laayea

ID : 626210  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV 83,70 DH  
6 118001 140237

ID : 626210  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV 83,70 DH  
6 118001 140237

ID : 629883  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV 83,70 DH  
6 118001 140237

83,70 x 03  
251,10  
DEROUAT 20 + 40  
-----  
1 gr 1/2 / j mat  
-----  
(294)

93 100 AUSTRALIA 45 - gift 115  
100

Mr. et j' fer my 21<sup>st</sup>

✓ new event 1/1/Jan

~~Dr. BEN YOUSSEF ABDI M. Najib  
Psychiatre et Psychothérapeute  
77, rue Moulay Abdellah  
Tel. 0524 96 01 10 - CASABLANCA~~



 PHARMACIE AL HAKIM  
Dr. A. A. BOUCHRA  
100, Rue Aïadie 6/4/10021. Sekelia Oulfa  
CASABLANCA - Tel: 0522 90 71 60