

## 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 Aljal Ben Abdellah - beme Etagé Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (1G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-407728

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6405	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : El Aali Housseine			
Date de naissance : 28/01/64			
Adresse : Lot Linwa, 216, Sidi Maârouf, Casablanca			
Tél. : 0662415866 Total des frais engagés : 1451,9 Dr. CHRAIBI Narijisse			
Cadre réservé au Médecin Médecine Générale - Échographie Sidi Maârouf Route 1100 Résidence Al Adarissa Bloc G1 Immeuble A App 1 Tél: 05 22 97 46 47			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/08/2019			
Nom et prénom du malade : Sonafi Naima Age : 56 Ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : affection abdominale + ORL + Buccale			
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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-407728

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : \_\_\_\_\_  
Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_  
Total des frais engagés : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE 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
26/08/2018	Consultation			INP : 100% honoraires
				<del>IRAFI Narija 1 Route de la Gare Boké Guinée</del>
				<del>Signature</del>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Alto JAMEA AUBISSA Dentist Pharmacie S. Locha Mag 05 32 - Fax: 05 22 58 12 84 26/08/2019	26/08/2019	33190

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### **AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

## VOLFT 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 prie de preciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Narjisse Chraïbi

Médecine Générale

Diplôme Universitaire d'Echographie Générale  
Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة نرجس الشرابي

الطب العام

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

26/8/2019

Narjisse Chraïbi

49,00

1) Belmazel 20 g  
10,00 / 1 sachet



2) Zucam adet.  
79,90 / 12 x 35



3) bispirazole  
10px 35



14,80 4) Vernesc 500 mg



168,20 5) Augutri 1g sachet  
15x24g pdr 8)



T=331,90

Dr. NARJISSE Chraïbi  
Médecine Générale - Echographie  
Sidi Maârouf, Route 1100  
Résidence Al Adarissa - G1  
Casablanca Tel: 05 22 97 46 47  
05 22 58 15 62

Sidi Maârouf, Route 1100  
Résidence "El Adarissa"  
Bloc G1, Imm. A, Appt 1  
Casablanca

1100  
إقامة الأدارسة، بلوك G1  
عمارة ، شقة رقم 1  
الدار البيضاء



14,80



49,00

79,90

PPV: 79DH90  
PER: 01/21  
LOT: I134