

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-458987

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8937 Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : ESSAKKI Mostafa

Date de naissance : 23/11/1960

Adresse : MARJAN RUE M 238

Tél : 06602145 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18.09.2019

Nom et prénom du malade : ESSAKKI Mostafa Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : infection de doigts + Diabétique

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 : 18/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-458987

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 : .....



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 149,00 DH  
LOT: 607672  
PER: 08/20

الدكتورة نجى

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 149,00 DH  
LOT: 587642  
PER: 05/20

PPV: 149,00 DH  
LOT: 608245  
PER: 09/20

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables  
PPV 250DH00  
EXP 04/2022  
LOT 92056 1

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables  
PPV 250DH00  
EXP 04/2022  
LOT 92056 2

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables  
PPV 250DH00  
EXP 12/2021  
LOT 86068 6

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables  
PPV 250DH00  
EXP 12/2021  
LOT 86068 6

LOT: 9MA167  
PER: 12/2023  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V.: 49DH00  
6 118000 060062

LOT: 9MA147  
PER: 10/2023  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V.: 49DH00  
6 118000 060062

18.09.2019

ESSAKNI NOSTAFA

Handwritten list of prescriptions with prices and red circular stamps:

- 2500x4 - Zotrol 50 mg (15) traitement
- 5430x2 - 'ep' (15) de (03 fois)
- 6320x2 - Dialicron 30 mg (15)
- 6320x2 - Zyrtec (15)
- 4980x2 - flagyl 500 mg (63,20)
- 14900x3 - clarutin 1g (63,20)

Total: 881,20

PHARMACIE IBNOULKHATIB Casablanca  
229 Avenue 10 Mars  
Sidi Othman  
Tél: 05 22 22 37 13 86  
05 22 22 37 13 86

Docteur NOSTAFA  
Médecine Générale  
Sidi Othman