

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-473766

16.9533



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e) 21912		
Matricule : 9533 Société : <i>BEN SOUSA</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <i>RECHAM</i>
Nom & Prénom : <i>BEN SOUSA</i>		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 060942890 Total des frais engagés : <i>10000</i> DHS		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<i>13 MARS 2020</i>
Nom et prénom du malade :	<i>BEN SOUSA</i>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Frère / Soeur <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident précisez 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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : *CAF BEN SOUSA* Le : */ /*  
Signature de l'adhérent(e) : *BEN SOUSA*

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/3/2-	836.70

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

**Docteur ZAGHLOUL Jamal**  
**PEDIATRE**  
**Ex. Enseignant à l'Hôpital des Enfants**  
**C.H.U. Ibn Rochd Casablanca**  
**Médecin Expert Assermenté**

19, Bd Bordeaux - 1er étage  
(en face du Cinéma Verdun)  
CASABLANCA

⌚ { 05.22.29.39.71  
05.22.20.06.52 Fax

GSM : 06.61.13.51.13

INP : 091139832

Casablanca, le 12 . 3 20  
Boulevard de la Guinée

Tel: 0522.27.38.49 - Casablanca  
des 3 îles (Ex. Place de Verdun)  
75, Avenue des Oudayas (Ex. Place de Verdun)  
LAFFI MOUSSA KHALID  
PHARMACIE D'ANFA

PREVENAR 13

814100

1300  
1/2 ml à boire

9.70  
Date pour 15  
1 an - 31/12

**الدكتور زغلول جمال**  
**اختصاصي في أمراض الأطفال**  
**طبيب مساعد سابقاً بمستشفى الأطفال**  
**المركز الصحي الجامعي ابن رشد**  
**طبيب خبير محلـف**

19 ، شارع بوردو الطابق الأول

الدار البيضاء

05.22.29.39.71  
05.22.20.06.52

06.61.13.51.13

PREVENAR 13 SUSP INJ  
P.P.V: 814DH00  
6118001171057

LOT: 190036  
EXP: 06.2024  
PPU: 13,000Dhs



J.  
Dr ZAGHLOUL  
PEDIATRE  
Bordeaux ASA  
5112