

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **cique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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

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

ND : 25544

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0011125**

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 66 44 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraite

Nom & Prénom : BALAHNA BELKACEM Date de naissance : 15/04/1957

Adresse : LOT SEKALIA 1 Rue 15 NR 8 Hay HASSANI Gare

Tél. : 06 14 375 885 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/02/2020

Nom et prénom du malade : ARZALE fatma Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : fonctionite

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 ADHERENT**

Déclaration de maladie N° P19-0011125

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 : .....





الضمان الاجتماعي  
CNSS  
Le devoir de vous protéger

# وَصْفَةُ ORDONNANCE



بِغَافٍ

DERB GHALLEF

Le 27/2/00

Amek Fe huiq

61,80

aerus ep

15

18; le smr + 10

+ Xeriz crece hystratibus

~~100114 20180828105811/1~~

LOT: 079-1  
PER: OCT 2021  
PPV: 51 OH 80

15 comprimés pelliculés



6 118000 050117

زنقة الصمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس 05 22 86 42 05  
Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



وصفة  
ORDONNANCE

Le 25/02/2020

Addamane Fathima  
Dr. BOUROUBI Meryem  
NÉPHROLOGUE  
Polyclinique CNSS  
16820

Augmentin 450 mg  
x 16 sachets

Dr. BOUROUBI Meryem  
NÉPHROLOGUE  
Polyclinique CNSS  
Addamane Fathima

PPV : 168,20 DH  
LOT : 620207  
PER : 03/21

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
16 sachets



6 118000 160182