

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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



Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : HAMMOU Abdellah

Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : 5 Rue de l'Hérault Polo Géraldine

Tél. : 0661238470

Total des frais engagés : ... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .../.../...

Nom et prénom du malade : HAMMOU Abdellah

Age : ...

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ...

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 : 20/04/2020

Signature de l'adhérent(e) : ...

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-026182

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).

## Déclaration de Maladie

N° P19-0026182

WD 28472

MLD

Optique

Autres

RAM

Abdelouahed

21.04.1951

0661238470

Total des frais engagés : ... Dhs

Abdelouahed

Age : ...

Lui-même

Conjoint

Enfant

Le : 20/04/2020

3711

Hammon

129.300 DT

Date de dépôt : ...

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU LIBERTÉ El Moudawine - Nador Téléphone: 0522 28 5316</i>	20-04-20	129,30 dt

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET 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 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

**valable 3 mois**

Le 29.01.2022

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : BEZAMINE Fatima

Certifie que Mlle, Mme, M. : HAYDOU AÏcha Louahs

Présente Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois à l'infarctus

Dont ci-joint ordonnance : Triatzoide 50 mg NFT

(à défaut noter le traitement prescrit) Aspirine 100 mg NFT

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

*DR BEZAMINE Fatima*  
Médecin généraliste  
55, Boulevard Jourdan Salmia II  
Sidi Othmane - Tél : 0522 38 56 23

**PHARMACIE NADOR**  
**LAHLOU ABDELALI**  
**3 RUE DE L'HERAULT POLO CASA**  
**CASABLANCA**  
 Taxe Profes. N°: 33500003  
 N° R.C. : 366307 N° CNSS : 2068329  
 N° ID.F. : 20719901 N° ICE 001837763000070  
 Tel : 022280576  
 Fax

**HAMMOU ABDELOUAHED**

I.C.E. :

Le : 20/04/2020

**FACTURE N°: 5266/20**

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ASPEGIC 100 20 SACHETS	21,80	7	21,80
1	TRITAZIDE 5 MG/25MG/28 CP	107,50		107,50

**TVA 7%: 1.43 Total : 129,30**

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :  
 CENT VINGT NEUF DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

PHARMACIE NADOR  
 LAHLOU Abdellali  
 3, Rue l'herault Av. Ndir-Pole  
 Casablanca. Tel: 0222 28 05 76



الحفظ : يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية  
 ويحفظ بالأكياس في العلبة الخارجية  
 وتحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية