

## 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.

### Biologie 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.

### 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.

### Prothèse :

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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-538656

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

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

Nom & Prénom : **AKBIL Zaina**

Date de naissance : **15/08/77**

Adresse : **10, rue Abdelhak Ben Nabyou**

Tél. : **066114342** Total des frais engagés : **6000** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **28 MAI 2020**

Nom et prénom du malade : **AKBIL ZAINA** Age : **42**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affection vasculaire**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **25 JUN 2020**

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) : **[Signature]**

### 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)

IUPRAS 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.

**PRAS** : 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](http://www.mupras.com)



Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
MAI 2020	seance de sclérose lumbosacrale		600 DH	Dr. El Mehdi Angiologue - Rhébo 2, Rue El Mayo, Rés. A11 Qt. des Hôpitaux - Casa Tél: 0522 27 47 4

[illegible][illegible]

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

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

[illegible]

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

DATE DE  
L'EXECUTION

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr Zhour MCHICHI**

Angiologue - Phlébologue  
Consultations et  
Explorations vasculaires  
Traitement des varices  
Sclérothérapie - Laser Vasculaire



**الدكتورة زهور مشيشي**

فحص وتشخيص  
أمراض الشرايين والأوردة  
علاج الدوالي  
الليزر

**FACTURE**

Casablanca, le **28 MAI 2020**

**INP 001807680000033**

**NOM: AKBIL**

**PRENOM : ZAINA**

**EXAMEN : SCLEROSE DES VARICES**

**Prix de la séance : 600 DH**

**TOTAL : 600 DH SOIT SIX CENTS DIRHAMS**

**Dr. Zhour MCHICHI**  
Angiologue - Phlébologue  
3, Rue Calavo, Rés. Al Karam II  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél.: 0522 27 47 45