

## 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-571400

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 194      Société : UB SAS

Actif       Pensionné(e)       Autre : VP/VP

Nom & Prénom : ALLOD ALI

Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

Cadre réservé au Médecin

Professeur R. MOSSEDDAQ  
Neurologue - Eliseo Diagnostique  
Avenue Hassan II Résidence LHAM 2  
Appt 1 - Témara Centre  
Tél: 05 37 61 05 68

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 15/09/2020

Nom et prénom du malade : ALOUTE Aicha      Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Infarctus coronarien sévère

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 : Témara      Le : 15/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie      N° W19-571400

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 : 194

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....





LOT: 7MA016  
PER: 11/2020  
TANAKAN 40MG/ML  
SOL BUV FL 30 ML  
P.P.V: 67DH80



118000 011552

LOT: 7MA016  
PER: 11/2020  
TANAKAN 40MG/ML  
SOL BUV FL 30 ML  
P.P.V: 67DH80



118000 011552

LOT: 29  
PER: 023  
PPV: 50

37,60

LOT:  
PER:  
PPV:

37,60

72.00 DH  
11.2022  
L 2000501



4 026466 004907

72.00 DH  
11.2022  
L 2000501



4 026466 004907

LOT: 20E028  
PER: 06/23 PPV: 13DH80

LOT: 20E028  
PER: 06/23 PPV: 13DH80

PPV: 506 DH 00

PPV: 506 DH 00

PPV: 506 DH 00

PPV: 506 DH 00

من 25 درجة مئوية.  
تداول الأطفال

من 25 درجة مئوية.  
تداول الأطفال

من 25 درجة مئوية.  
تداول الأطفال

من 25 درجة مئوية.  
تداول الأطفال