

# 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.

## 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](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)

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 064164

ND: 45606

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAO  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Senhadj Nassir  
Date de naissance : 20.8.61  
Adresse : 27 Rue la fontaine Des Sars COG  
Tél. : 0642405037 Total des frais engagés : 136.008 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Rx#: 467647 DOB: 8/20/1961 O/O 7/22/2020 (C)  
BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037  
#60 OMEPRAZOLE DR CER 20MG 60505-0065-01 APC/TEX COR  
PARK, DOC DEA # BP1693549 Rph CS  
Copay \$135.00 Ins Paid \$135.00 Auth#  
Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : ..... 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 : ..... Le : ...../...../.....  
Signature de l'adhérent(e) : .....



[illegible]

★★ THANK YOU ★★

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		T REFILL	
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiol	Patient Counselling For: BENNIS, NADIA	Montant	
	Rx#: 467647	Honoraires	
	Drug: OMEPRAZOLE DR CER 20MG		
	WHAT IS THIS MEDICINE?		
	<p>prescribed by your doctor or pharmacist if you have</p> <p>OMEPRazole (oh ME prey zol) prevents the production of acid in the stomach.</p> <p>It is used to treat gastroesophageal reflux disease (GERD), ulcers, certain</p>		
	<p>side effects may include:</p> <p>RECEIVING THIS MEDICINE?</p>		

# LAST REFILL

<p><b>Cachet et signature du Praticien</b></p>	<p>of the esophagus, and</p> <p>Zollinger-Ellison Syndrome. It is also</p> <p>used to treat other conditions that</p> <p>cause too much stomach acid.</p> <p><b>This medicine may be used for other purposes; ask your health care</b></p>	<p>your doctor or health care</p> <p>professional as soon as possible</p> <p>-allergic reactions like skin rash,</p> <p>itching or hives, swelling of the</p> <p>face, lips, or tongue -bone pain</p> <p>-breathing problems -fever or sore</p> <p>throat -joint pain -rash on cheeks</p>	<p><b>Montant détaillé des Honoraires</b></p>
	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION