

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-572617

ND: 46770

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9623 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ASSAD Samir

Date de naissance : 19/10/61

Adresse :

Tél. : 0663 075449 Total des frais engagés : ASSAD

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/10/2020

Nom et prénom du malade : ASSAD Samir Age: 49

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 a un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 20/10/2020

Signature de l'adhérent (e) : Le : 20/10/2020

VOLET ADHÉRENT



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieux	Date	Montant de la Facture
	21/10/2020	110,90

[illegible]

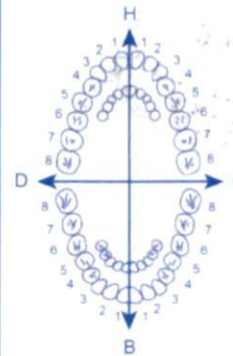
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

**VOLET ADHERENT**

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

## SOINS DENTAIRES

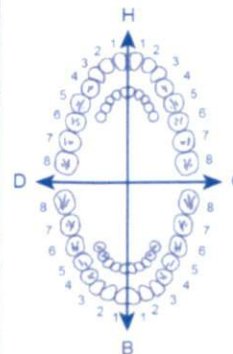
Traitées



FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

A diagram of a dental arch (maxilla) with teeth numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The arch is labeled with 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right. The teeth are arranged in a semi-circle, with the central incisors at the top (1 and 2 on each side) and the molars at the bottom (8 on each side).

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# Dr Laarej Hanane

Professeur spécialiste en  
Pneumologie, Allergologie  
Adultes et Enfants  
Sevrage tabagique  
Ronflement et apnées du sommeil  
Examen du souffle, Echographie  
Bronchoscopie, Tests d'allergies



## الدكتورة لعرج حنان

أستاذة متخصصة في أمراض  
الجهاز التنفسي والحساسية  
الكبار والصغار  
الإقلاع عن التدخين  
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم  
إختبارات التنفس والفحص بالصدى  
الفحص بالمنظار وإختبارات الحساسية

Casablanca le : 20/10/2020 : الدار البيضاء في

Mme Assad Jaïla

→ D-Stress Boost

79,00 1 prise / j / 14 j

→ Imexin 20

82,10 1 gel / j / 14 j

→ Maxiflore

79,00 1 cp / j / 14 j

69,03 Kalmar 1 prise le soir / 14 j

→ Laroxyl : 6 gtt le soir / 14 j

39,80 119, شارع عبد المومن تقاطع زفكة سومية أمام محطة الطراموي، الطابق السادس، رقم 41، الدار البيضاء

119, Bd Abdelmoumen, Devant la station de Tramway, 6<sup>ème</sup> étage, N°41

Tél : 05 22 22 02 03 / Email : hanane\_laarej@hotmail.com

puis contrôle.

→ Vaxigrippe

1 x / an.

→ Zadryl



1 q de son à 1 kg

52,00

410,90



PHARMACIE MERIEUX  
Nouredine IBA  
Docteur en Pharmacie  
11, Bd Abdeimoumen Casa  
Tél: 05 22 55 05 10