

## 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° W19-555911

51330

*Non Religieuse*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1464		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Retraité
Nom & Prénom : Mme Barouti Noura Mohammed Fouad			
Date de naissance : 29-05-1945			
Adresse : 2 AV. ALLAL BEN ABDELLAH - Fes			
Tél. 0535 62 27 36		Total des frais engagés : 45,90 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <i>14 DEC. 2020</i>	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : Mme Barouti Noura	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	
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 : Fes

Le : 29/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		
<b>Pharmacie IDRISIMA</b> Kenza IDRISI KAITOUNI Pharmacienne Centre Commercial ACIMA Av. Allal Ben Hcene Abbéllah Quartier Sâada Tél : 05 35 94 43 10		5.90

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

Mme Hayat Banouti

Facture N° 24

Quantité

Désignation

3 Dolamine cp 15,30 45,90

DOLAMINE®

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 15,30 DH



DOLAMINE®

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 15,30 DH



DOLAMINE®

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 15,30 DH



صيدلية ادريسيما

Pharmacie IDRISSIMA

Kenza IDRISSI KAITOUNI

Pharmacienne

Centre Commercial ACIMA Av. Allal Ben

Abdelian Quartier Sâada - Fès

Tel : 05 35 94 43 10