

# 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° W21-717482

157841

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9310	Société : RAY		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAOUQUI MUSTAPHA			
Date de naissance : 03.04.1974			
Adresse : Hy Syl ABDE UMI RUE 160 N° 78 CASA			
Tél. : 066 328 5340	Total des frais engagés : 800	Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Dr. KHAYALI Khalid</b>            Chirurgien dentiste            17, Imme. 30, Bd. Panoramique            Tel : 05.22.50.40.47         </div>		
Date de consultation : 13/03/2023			
Nom et prénom du malade : FARISS ASTMAA	Age : 39		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 nécessaires au 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 : CASA Le : 13/04/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

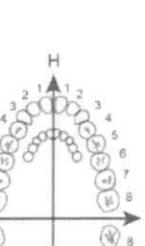
VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-717482
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricole : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
<b>SOINS DENTAIRES</b>   <b>Dr. KHAYALI Khalid</b> Chirurgien dentiste 17, Imme. 30, Bd. Panoramique Tél : 05.22.50.40.47	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094013307
	17	Cont. et Reg.	D <sub>-</sub> D <sub>15</sub> D <sub>20</sub>	Coefficient des travaux : 040
<b>MONTANTS DES SOINS</b> 800,-				
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> 13 323				
<b>FIN D'EXECUTION</b> 4 423				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>   <b>Dr. KHAYALI Khalid</b> Chirurgien dentiste 17, Imme. 30, Bd. Panoramique Tél : 05.22.50.40.47	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	D	G	00000000 00000000
	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	35533411	11433553	00000000 00000000	DATE DU DEVIS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Docteur KHAYALI Khalid**

Chirurgien Dentiste



الدكتور خيالي خالد

طبيب جراحي للأسنان

INP 8 د ٩٤٥١٣٣٧  
ICP ٢٢ ٢٥١٩٣٦٥٠٠٠٥٦

Casablanca, le

٤.٤.٢٣

الدار البيضاء، في

FACIURE

MEILLEURS ASSEZ

Not de t

Const  
Orthops (17)  
Det

cof

Ds  
D.s  
D.s

Dent

1--  
3--  
4--

T. x 8-- x Dhs  
x Huit cents dirhams x

*Dr. KHAYALI Khalid  
Chirurgien Dentiste  
17, Imm. 30, Bd. Panoramique  
Tél : 05 22 50 40 47*