

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-791357

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 9 48

Société : RAT

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HOUACHMI Zineb

Date de naissance : 31/03/84

Adresse : Résidence Ambar - Apt. 033

Quartier Amaj - Casablanca

Tél. : 0661194727

Total des frais engagés : 632,00

DTS

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachida CHAMI  
Professeur de Pédiatrie  
Espace Maarif Angle Brahim Roudani  
et Abou Ishak Al Marouni - Casablanca  
Tél.: 05 22 99 63 63

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28.02.2023

Nom et prénom du malade : AIDANI Hiba

Age : 10 ans

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 : Casablanca

Le : 30/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

[illegible]

Dr. Rachida CHAMI  
Professeur de Pédiatrie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	201 06/23	332100

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

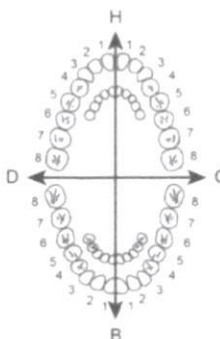
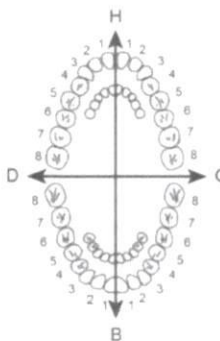
[illegible]

# 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 l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le

28 Oct 2023

Aidani Hibz

32100

Adacel



332100

PHARMACIE LAIMOUN SARL AU  
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94  
166, Lot. Allégrounne Lissasfa  
05 22 90 94 94

Professeur de Pédiatrie  
F. Rachida Chami  
Rue Maarif Angle Bd. Brahim Roudani  
Casablanca - Tél.: 05 22 99 63 63