

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-725309

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie               | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                            |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 13229   | Société : RAM                         |                                  |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif                 | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : SAID Younes                                |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 29/05/1989                            |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : 72, rue de Rouen apd 17, n°1 Avenue, Casablanca |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 0566 838128  | Total des frais engagés : 700 Dhs     |                                  |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|  |                                   |                                 |  |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| Cadre réservé au Médecin   |                                   |                                 |  |
| Cachet du médecin :  |                                   |                                 |  |
| <br>Dr. Sanaa DEBBAGH<br>PODOLOGUE<br>11, Rue Allal Ben Abdellah Rés. Nour<br>Appt. N° 2 - HPC - Casablanca<br>Tel: 0522 47 48 74 - Cell: 0563 37 31 30 |                                   |                                 |  |
| Date de consultation : 16/09/2023  | Age : 34                          |                                 |  |
| Nom et prénom du malade : Younes SAID  |                                   |                                 |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |  |
| Nature de la maladie : Double podopathie   |                                   |                                 |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non   |                                   |                                 |  |
| 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

Signature de l'adhérent(e) :

INSTITUT ADHÉRENT

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

## **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"/>                                     |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

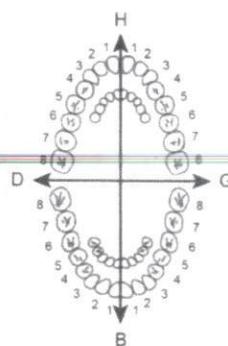
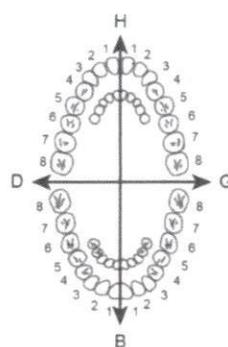
| Cachet et signature<br>du Particulier   | Date des<br>Soins | Nombre |       |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|--------|-------|----|----|------------------------------------|
|   |                   | AM     | PC    | IM | IV |                                    |
| <i>Sanaas D...<br/>POLO<br/>11/09/2023<br/>N°2 - RDC - Casablanca<br/>47 AC</i> | 16-09-<br>2023    | cl     | bilau |    |    | <i>100,-</i>                       |

## **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : [ ]                          |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
|--|---|---------------------|-------------|------------------------------------|------------------------------------|----------|---|----------|----------|-------|--|--|---|----------|----------|-------|--|--|---|----------|----------|-------------------------------|
|  |    |                     |             |                                    | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ] |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
|  |   |                     |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]      |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
|  |   |                     |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]       |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
|  |   |                     |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]         |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b>   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |                     |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ] |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> |                     |             | H                                  | 25533412                           | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  |  | B | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  |  | G | 35533411 | 11433553 | <b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ] |
| H  | 25533412  | 21433552            |             |                                    |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
| D  | 00000000  | 00000000            |             |                                    |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
| <hr/>  |   |                     |             |                                    |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
| B  | 00000000  | 00000000            |             |                                    |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
| <hr/>  |   |                     |             |                                    |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
| G  | 35533411  | 11433553            |             |                                    |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
|  | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                     |             | <b>DATE DU DEVIS</b> [ ]           |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |
|  |   |                     |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]     |                                    |          |   |          |          |       |  |  |   |          |          |       |  |  |   |          |          |                               |



Sanaa Debbagh

Posturologue - Kinésiologue  
Podologue

Casa le 16.09.2023

Fr Younes - SAID

Faire bilan postural pour  
trouble de la marche et  
déséquilibre du buste

Sanaa DEBBAGH  
PODOLOGUE  
11, Rue Blida Rés. Nour  
Appt. N° 2 - RDC - Casablanca  
Tél: 0522 47 48 / 06 32 17 31 38



Sanaa Debbagh

Posturologue - Kinésiologue  
Podologue

Casa le 16.09.2023

FACTURE

Mr Younes SAïD

et bilan podo-postural , avec  
trouble de la marche et bascule  
vers la droite

Prix: 400,-

Sanaa DEBBAGH  
PODOLOGUE  
11, Rue Blida Rés. Nour  
Appt. N° 2 - RDC - Casablanca  
Tél: 0522 47 49 47 - 06 31 11 11 00