

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13498

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : BENITTO EUNAYNA

Date de naissance : 16 - 11 - 1998

Adresse : Beauséjour, Casablanca

Tél. : 06.12.96.13.70 Total des frais engagés : .....

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Professeur MOKRIM B.  
ORLINO LARYNGOLOGIE ET  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
Centre de Santé de la Gare  
Casablanca*

Date de consultation : 14/03/2024

Nom et prénom du malade : BENITTO EUNAYNA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*AFFECTION*

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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'at<sup>te</sup> de l'adhérent.

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 : CASA

Le : 14/03/24

Signature de l'adhérent(e) : .....

VOLET ADHERENT

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/03/2014      | CS                |                       | 30000                           | DOCTEUR MOKRIM TORCHINO LARYNGOLOGIE CHIRURGIE MAJILI ORL/AN   |
|                 |                   |                       |                                 | 798-81-GRAND-EST   |
|                 |                   |                       |                                 | TEL: 03 89 30 30 30  |
|                 |                   |                       |                                 | MOBILE: 06 89 30 30 30   |

et du Pharmacien  
du Fournisseur

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |
| G        |          |

A diagram showing a 10x10 grid of numbered circles. The grid is centered at the origin (0,0). The numbers in the circles are arranged as follows: the outermost layer has 1s at the corners and 2s along the edges; the next layer has 3s at the corners and 4s along the edges; and so on, with 5s, 6s, 7s, 8s, and 9s appearing in the inner layers. The grid is overlaid with a coordinate system: a vertical arrow pointing upwards is labeled 'H' at the top; a horizontal arrow pointing to the right is labeled 'G' at the right; a vertical arrow pointing downwards is labeled 'B' at the bottom; and a horizontal arrow pointing to the left is labeled 'D' at the left.

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION**

MONTAN  
DES SOIM

DEBUT  
D'EXECUTI

FIN  
D'EXECUT

## COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTAN  
DES SОН

DATE DI  
DEVIS

DATE D'  
L'EXECUTION