

## 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

- 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 à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l' Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-690354

|                                             |                                              |                                            |                                 |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique           | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |                                              |                                            |                                 |
| Matricule : 8567                            |                                              | Société : 901458                           |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)        | <input type="checkbox"/> Autre :           | CHABAB, ASMAA                   |
| Nom & Prénom :                              |                                              | Date de naissance :                        |                                 |
| Adresse :                                   |                                              | Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs |                                 |

|                                                                                                                                                                   |                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019                                                                                                                               | Cadre réservé au Médecin  |  |
|                                                                                                                                                                   | Cachet du médecin :<br>   |  |
| Date de consultation : 23/03/2024                                                                                                                                 | Nom et prénom du malade : |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint                                                                             |                           |  |
| Nature de la maladie : Sans Dentaire                                                                                                                              |                           |  |
| 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 : CASA Signature de l'adhérent(e) :  
 Le : 23/03/2024

VOLET ADHÉRENT

## 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

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

INHERENT

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN DE LA SANTE / EXECTION  
BOUABID 1er juillet 2008  
Tél: 03 22 25 00 25 GSM: 0667 05 28 08



Casablanca, le 23/03/2024

Patient(e): CHABBAB asmaa

**FACTURE N° 681F2024**

| ACTES        | Code sécu | Dent(s) | Montant à payer    |
|--------------|-----------|---------|--------------------|
| COMPOSITE    | D 15      | 14      | 500,00 DH          |
| COMPOSITE    | D 15      | 13      | 500,00 DH          |
| COMPOSITE    | D 15      | 22      | 500,00 DH          |
| COMPOSITE    | D 15      | 23      | 500,00 DH          |
| <b>TOTAL</b> |           |         | <b>2 000,00 DH</b> |

Arrété le montant de la facture à la somme de

Deux mille

Signature du Praticien

Dr Youssef RAHALI  
Ang Rte EL Jadida et Bd Abdallah Benkhalid  
BP 77000 Casablanca Adr n°2 Casablanca  
Tél: 0522 25 00 25 GSM: 06 61 01 02 08

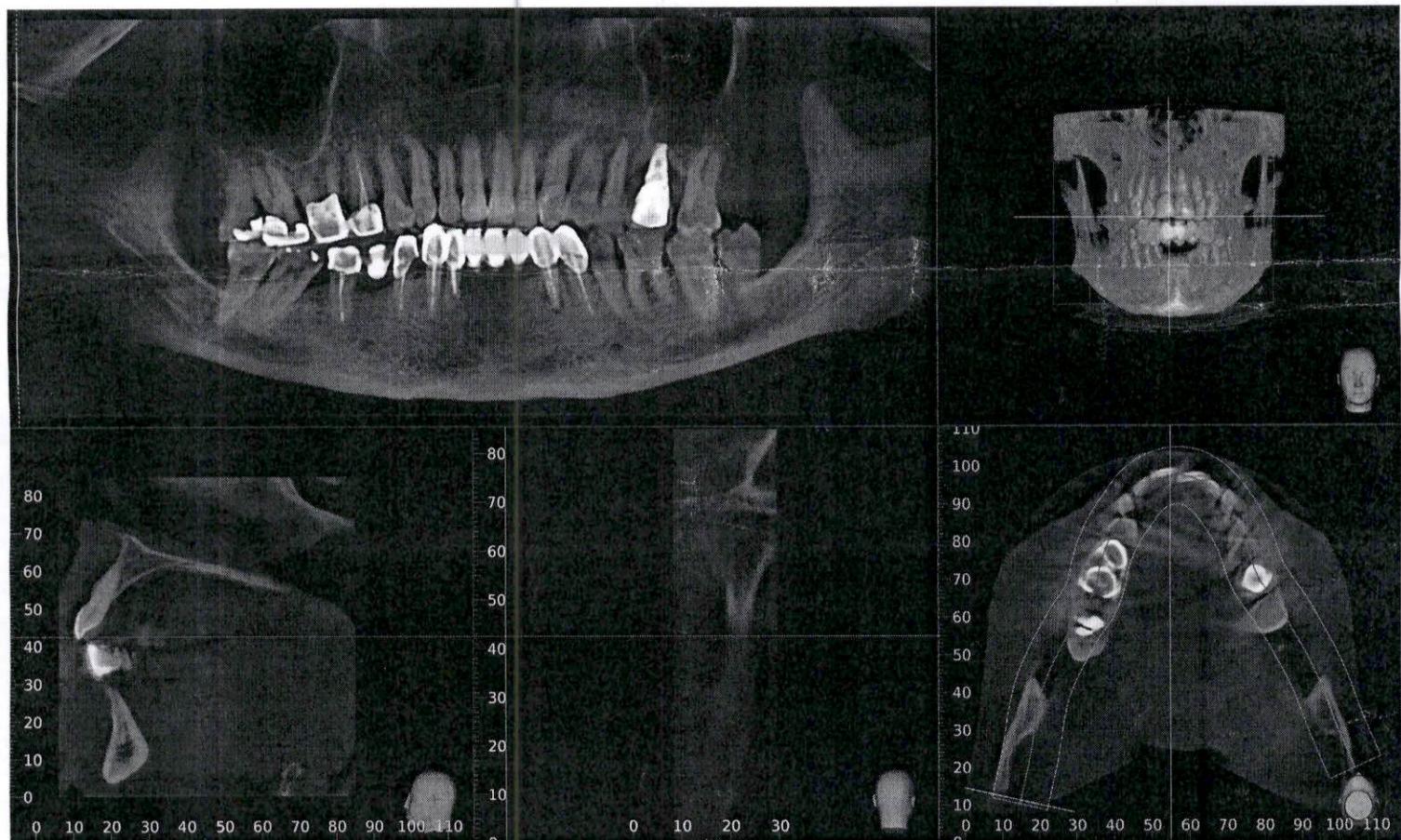
Dr Rahali

asmaa, chabbab 15/10/1966

23/03/2024 12:16:55

CBCT

28/10/2023



Dr. Youssef RAHALI  
Ang Rte ELJADIDA et Bd Abderrahim  
BOUABD 1er étage Apt n°2 Casablanca  
Tél: 0522 25 00 25 GSM: 0667 10 02 08