

## 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 données à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

N° W21-617974

65091

Optique

Autres

Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5855

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance : 16/07/53

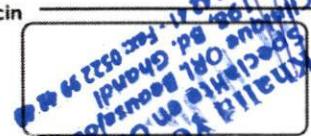
Adresse : 27 Rue Acacias, Quartier Bugez, Alil Ben Abdellah

Tél. : 0661667066

Total des frais engagés : 300 + 79 = 379 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/03/2021

Nom et prénom du malade : KHIDIRISSIA FATIMA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Afel

APL

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 :

Le : 19/03/2021

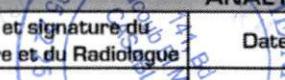
Signature de l'adhérent(e) :

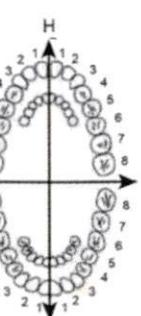
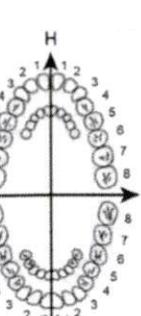
MUPRAS

19 MARS 2021

ACCUEIL

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/03/21	134,70
	19/03/2021	79,70.

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

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>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>																		
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																		
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																		
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																		
				<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
					<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2"><b>H</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>B</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			<b>H</b>		<b>G</b>	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>G</b>	35533411	00000000	11433553
					<b>H</b>		<b>G</b>															
					25533412	00000000	21433552															
					00000000	00000000	00000000															
<b>D</b>	<b>B</b>	<b>G</b>																				
35533411	00000000	11433553																				
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="checkbox"/>																						
<b>Montants des soins</b> <input type="checkbox"/>																						
<b>Date du devis</b> <input type="checkbox"/>																						
<b>Date de l'exécution</b> <input type="checkbox"/>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																						

PPV 79DH70  
PER 11/23  
LOT 03106

PPV 79DH70  
PER 11/23  
LOT 03107

MA

QUE BEAUSEJOUR

55,00

Dr F. MEROUAN

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA  
SOUNNI

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Esthétique



79,70  
79,70  
① Anx 130  
55,10  
② Biomylaxe 32  
134,70

Jm KHIDER Fahime  
om m leui d'urgas  
13/03/2021

PHARMACIE LA RGADE  
513 Bd. A. Benhaddou Boutaleb  
El Khoury Casablanca  
Tel: 05 22 65 13 57

Tel: 05 22 99 42 41 / Fax: 05 22 99 40 80  
198, Bd. Ghandi  
Clinique ORL Beausejour  
Dr. Khalid YOUSSEFI