

## 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

- 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.

60982

Racette

## Déclaration de Maladie

N° W21-607528

65359

Optique

Autres

Antaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
02189

Matricule : Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MAATOUQUI Mohamed

Date de naissance : 1956

Adresse : G.T Rue 105 N° 6 OULFA CASA

Tél. : 0664022730 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CHERIF BEN MOUSSA,  
RHUMATOLOGUE  
44, Rue des Hôpitaux, Casablanca  
Tél. 0522 22 23 04

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAATOUQUI N Aya Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gout

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 au 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 : 05/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

05/03/2024  
ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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
22 Mars 2012	Supplément	5 x 300	1500	INP : 026372 CHERIF BEN MOUHAMAD

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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> <b>Nature des Soins</b> <b>Coefficient</b>	INP : <input type="text"/>																		
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
		DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
		FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
		<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																		
		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
D																				
00000000	00000000																			
B																				
35533411	11433553																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></b> <b>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></b> <b>DATE DU DEVIS <input type="text"/></b> <b>DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/></b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																				

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations  
Colonne Vertébrale - Muscles  
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصيل

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 22 Mars 2021 ..... الدار البيضاء، في :

Facture

de MATOUZELA N Afai

- Abo vischapt سعر  
+ 2 pures

6 kg gal 3 + 300  
6 kg oil 2 + 300  
total = 1200 Dhs

CHERIF BEN MOUSSA  
RHUMATOLOGUE

44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux  
Tél: 0522 22 23 04