

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

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



Déclaration de M

N° W21-612592

60231

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10914 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAFSI HAKINA

Date de naissance : 24/02/1976

Adresse : 151 Bd Ned V Route Bouekoua Benoudia

Tél. : Total des frais engagés : 47,40

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie :

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 et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-612592

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Couper à conserver par l'adhérent(e)

Matricule : 10914

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 47,40

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BERRECHID</b> <b>Halima HARRACH PHARMACIENNE</b> <b>93 Bd Mohamed V Berrechid</b> <b>Tel : 05 22 32 40 68</b>	07/12/2020	47,40

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

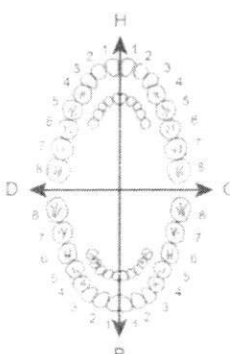
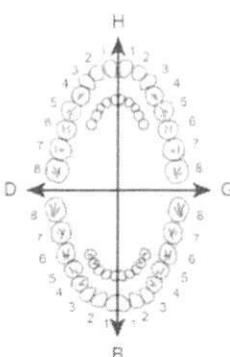
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>05533412</td> <td>01433553</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>				H		05533412	01433553	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553
	H															
	05533412	01433553														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des Soins	Durée de la consultation	Coût du soin	Participation financière du patient
Soins préventifs			
Soins curatifs			
Soins palliatifs			
Soins de rééducation			
Soins de confort			
Soins de soutien psychologique			
Soins de soins infirmiers			
Soins de soins dentaires			
Soins de soins oculaires			
Soins de soins auditifs			
Soins de soins respiratoires			
Soins de soins cardiovasculaires			
Soins de soins neurologiques			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocriniens			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatobiliaires			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocriniens			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatobiliaires			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocriniens			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatobiliaires			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocriniens			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatobiliaires			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocriniens			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatobiliaires			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocriniens			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatobiliaires			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocriniens			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatobiliaires			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			

Coefficient

INP :     COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A



FACTURE

N° 761,

A Berrechid le 07/12 2010

CM

MARDI MAKIMA

Doit

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX U.	TOTAL
3	Dol: prone 1g eff	3x15,80	47,40
cette présente facture est assortie au montant de quarante sept chs 40 ct			
<div><div>15,80 PPV15DH80 PER 11/23 LOT J3182 S1</div><div>15,80 PPV15DH80 PER 12/23 LOT J3374 S2</div><div>PHARMACIE BERRECHID Hanna MARRAKCHI PHARMACIENNE 93 Bd Mohamed V Berrechid Tél : 05 22 32 40 68</div></div>			