

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **aire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **die 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

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 Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## **Déclaration de Maladie**

N° M21- 0036395

**MUPRAS  
RECEPTION**

Optique     Autres

Maladie     Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : **3486** Société : **RAM 8A315**

Actif     Pensionné(e)     Autre :

Nom & Prénom : **GOUAL MOHAMED**

Date de naissance : **1944**

Adresse : **364 ELOUAFAH DE ROUA**

Tél. : **066.9387.993** Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11/08/2021**

Nom et prénom du malade : **JANFARI FATHIA** Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : **IBN ZOHR**

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 : **DEROUA** Le : **11/08/2021**

Signature de l'adhérent(e) : .....



## **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/08/2011      | CT                | 1                     | 300.00                          | Dr M. El Héjjam ZOHR   |
|                 | TRT               | 1                     | 120.00                          | CLINIQUE IBRAHIM BERRECHID                                     |

## **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 Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|---|--|------------------|-------------|--|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|--|
|   |  |                  |             | CŒFFICIENT DES TRAVAUX<br>MONTANTS DES SOINS<br>DÉBUT D'EXÉCUTION<br>FIN D'EXÉCUTION |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
| O.D.F<br>PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> |                  |             | H  | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  | CŒFFICIENT DES TRAVAUX<br>MONTANTS DES SOINS<br>DATE DU DEVIS<br>DATE DE L'EXÉCUTION |
|   | H  | 25533412         | 21433552    |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   | D  | 00000000         | 00000000    |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   | B  | 35533411         | 11433553    |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   | G  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

|   |                                |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|---|--------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| <b>CLINIQUE IBN ZOHR</b>  |                                | <b>Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie</b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| <b>INPE, code à barres</b>  |                                |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>7</td><td>1</td><td>8</td> </tr> </table> |                                | 0  | 6 | 0 | 0 | 6 | 2 | 7 | 1 | 8 |  |
| 0   | 6                              | 0  | 0 | 6 | 2 | 7 | 1 | 8 |   |   |  |
| <b>ESTIMATION N°</b>  |                                | <b>747 / C / 2021</b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| <b>Assuré</b>   |                                | <b>Bénéficiaire</b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| <b>Nom &amp; Prénom</b>   |                                | <b>JAAFARI FATNA</b>   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| <b>N° CIN</b>   |                                | <b>B357562</b>   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| <b>N° immatriculation</b>   |                                | <input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| <b>ecin consultant :</b>  | <b>Médecin correspondant :</b> | <b>N° TEL</b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |

#### FRAIS CONSULTATION

| Désignation                      | Qté           | PU     | Montant       |
|----------------------------------|---------------|--------|---------------|
| CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE | 1.00          | 300,00 | 300,00        |
| PHARMACIE                        | 1.00          | 100,00 | 100,00        |
| <b>TOTAL</b>                     |               |        | <b>400,00</b> |
| <b>TOTAL GENERAL</b>             | <b>400,00</b> |        |               |

**Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:**

**TOTAL GENERAL**

**QUATRE CENTS**

#### VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

  
 Clinique IBN ZOHR  
 46, Lot El Amal - Berrechid