

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



## Declaration de Maladie

N° W21-660894

par  
com

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 9383

Matricule : 9383 Société : RAJ 89431

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SAMIRA

Nom & Prénom : HOUSTAKIM

Date de naissance : 28.03.68

Adresse : la

Tél. : 0661518554 Total des frais engagés : 500

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/10/2021

Nom et prénom du malade : HOUSTAKIM SAMIRA Age : 53

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Psychiatrie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Par la route (P.T.)

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attribution du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 22/10/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-660894

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 9383

Nom de l'adhérent(e) : SAMIRA

Total des frais engagés : 500

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

22/10/2024 CNPSY

Soo DH

Dr Fatma TIFANI  
~~Signature~~  
19, Rue Ananass, m.m. A1, Apt. 42.  
Rabat - Tél.: 053771132  
INP : 10170132

[illegible]

1494 1197 1498 101 750 125  
1495 1198 1499 102 751 126  
1496 1199 1500 103 752 127

[illegible]

ANALYSES - R	
Signature du Radiologue	Date

[illegible]

VOLET ADHERENT

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

[illegible]

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

INP: | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

**(Création, remont, adjonction)**

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is labeled 'H' at the top and 'R' at the bottom. The piers are labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the piers and arches receding into the distance.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



**Dr. Fatine FIFANI**

PSYCHIATRE  
PÉDOPSYCHIATRE

## FACTURE

**Patient:** NOUSTAKIM SAMIRA

N° Facture	Date
316/2021	22/10/2021

Désignation	Tarif	Mutuelle	Montant Total (DH)
Consultation	500	X	500
Montant à payer			500

La présente facture est arrêtée à la somme de: Cinq cents dirhams

Paiement en espèces	X
Paiement par chèque	
Chèque N°	

Dr Fatine FIFANI  
Psychiatre  
19, Rue Ananas, Im. A1, App. A21,  
Hay Riad, Rabat - Tél: 0537711023  
INPE: 101 170 132