

## 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 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.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-557701

90779

### Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M460

Société : RAN

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KANBOU NABIL

Date de naissance : 12-03-1975

Adresse : N°58, Rue 3, Quart YOUSRA, OULFA, CASA

Tél. : 0661.05.21.35

Total des frais engagés : 60.10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

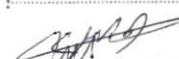
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 5/11/2024

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHF

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
				INP : <input type="text"/>

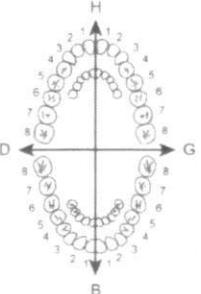
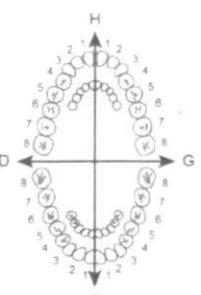
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAPPA Dr. DERIANZA 115 Lot Yousra 1000 Casablanca / Maroc	603 11/11/2011	60,10

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

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

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES		Traitement		COEFFICIENT DES TRAVAUX						
										
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS						
PROTHESES DENTAIRES										
H		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	DEBUT D'EXECUTION
25533412	21433552									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
D										
G										
B										
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>										
H				FIN D'EXECUTION						
D										
G										
B										
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>										
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>										

PHARMACIE MARAM  
DR DERI AZIZA  
LOTISSEMENT YOUSSEF LOT 115 RUE 1 ZOUBIR  
OULFA.CASA

Tél : 0522932675

03/11/2021

NABIL KANBOU



FACTURE N° : 14302 du 03/11/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	MAXILASE 3000 24 DRAEES	60,10	60,10	7%
Total TTC				60,10
Droits de Timbre				0,00
Net à Payer				60,10

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
SOIXANTE DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
	7.00%	7,00	56,17	3,93
		56,17	3,93	60,10

PHARMACIE MARAM  
Dr. DERI AZIZA  
115 RUE 1 ZOUBIR  
Casablanca - Maroc