

## 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

- Reclamation : 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.

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° W21-617218

124610

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12658

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZEKRI Idriss

Date de naissance :

19/07/1988

Adresse :

Bouskoura Gulf City Villa 403

Tél. :

0663285616

Total des frais engagés :

563,30

Dhs

Dr. Mohamed EL-KOUARI

PEDIATRE

Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris

75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca

Tél. 05 22 99 57 33 - 05 22 99 57 33

Cachet du médecin :

Date de consultation :

14 JUIN 2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tremblements

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Ague

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 :

Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14 JUIN 2022

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-617218

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



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
14 JUIN 2022	02	1	300 Dhs LDT	INP : Dr. Mohamed EL-HOUARI PEDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris 75 Bd Al Massira Al Khaïra-Casablanca Tel : 05 22 99 57 00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DDC-M-9 - Bureau 2900 - Centre Commercial Boul' Léonard GOLF C</i>	<i>11/06/2021</i>		<i>255,35</i>

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

**— VOLET ADHERENT**

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>		
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>						
<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>						
<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>						
<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>						
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B					
	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>					
	<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>					
	<b>Date du devis</b> <input type="text"/>					
	<b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>					
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>						



19,00 — Dolys Ediatifus fuis

Dose de 12 kg toutes les  
6 heures si fraîche à  
28°Couplus

PPV 170H50  
PER 03/25  
LOT 123450

19,00 — MURDO SOL fuis

265,32

Dose de 12 kg toutes les  
6 heures si fraîche

TEH 0522 59 97 09  
RDC N° 9 - Boulevard - Casablanca  
Centre commercial Bouderboua Gert City  
STE PHARMACEUTIQUE CITY

Dr. Mohamed El KHALIFI  
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris  
75, Bd Al Massira Al Khadra Casablanca  
Tel: 05 22 99 57 28 - 05 22 99 57 29

19,00