

## 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

- 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° W21-667414

12/16/23



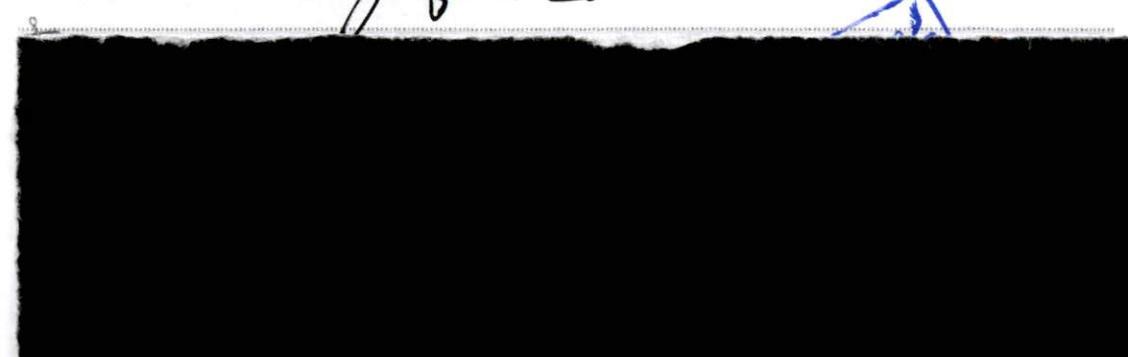
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>11693</b>	Société : <b>Royal</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>Diouch Imad</b>		
Date de naissance : <b>29.01.75</b>		
Adresse : <b>12. Rue pétroline.</b>		
Tél. : <b>06 99 32 50 34</b>	Total des frais engagés : <b>28,30</b> Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <b>MUPRAS</b>	
Date de consultation : <b>20 AOUT 2022</b>	
Nom et prénom du malade : <b>H. HAKANI</b>	
Lien de parenté : <b>Accueil</b>	<input type="checkbox"/> Lui-même
Age : <b>47</b>	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>Maladie chronique</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Chute</b>	
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 : **Centre Allal Ben Abdellah** Le : **16/08/2022**

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
				INP : 

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Mme. BENMOUSSA Ghafaa 51, Rue Rabat LIBYA Tél: 05 22 24 80 44 Fax: 05 22 24 85 44	22/07/22	29,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

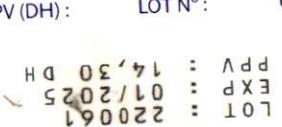
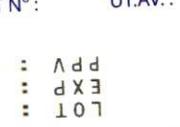
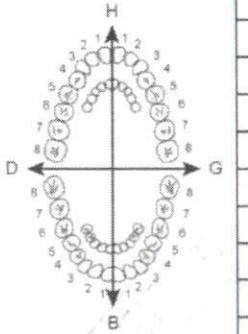
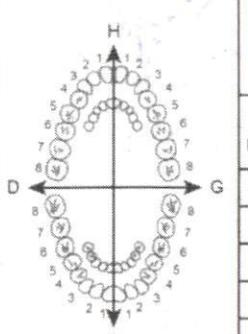
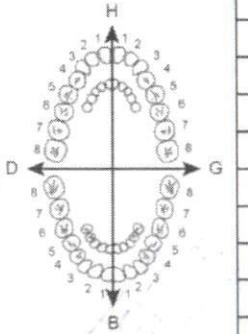
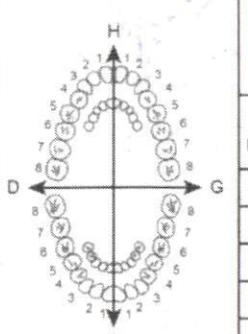
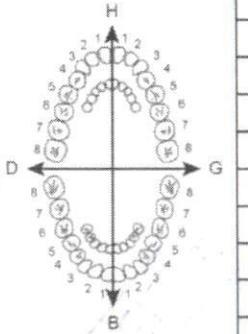
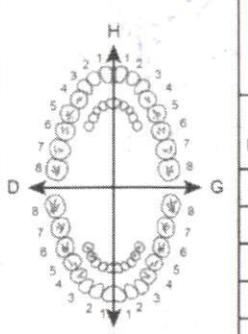
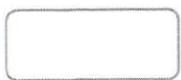
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT		PPV (DH) : 	LOT N° : 	UT.AV. : 
 D.O.F PROTHESES DENTAIRES		 DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		 H 25533412 21433552 00000000 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
FIN D'EXEC		 LOT: I143 PER: 01/25 PPV: 14DH00		
COEFFI DES TF		 MONTANTS DES SOINS		
DATE DU DEVIS		 DATE DU DEVIS		
DATE DE L'EXECUTION		 DATE DE L'EXECUTION		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

PHARMACIE AL MASSIRA  
BENMOUSSA L OUAFAE  
51 RUE RAHAL BEN AHMED EX RUE  
DINAND

Tél : 0522248054

22/07/2022

MR DIOUCH IMAD

FACTURE N° : 31535 du 22/07/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1 G CP SIMPLE	14,00	14,00	7%
1	RHINO-FEBRAL GELULES	14,30	14,30	7%
Total TTC				28,30

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
VINGT HUIT DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
	7.00%	7,00	26,45	1,85
			26,45	1,85
				28,30

PHARMACIE AL MASSIRA  
51, Rue Rahal Ben Ahmed  
Dr. Mme. BENMOUSSA Ouafae  
Tél: 05 22 24 80 54  
Fax: 06 22 24 85 44

PHARMACIE AL MASSIRA  
51, Rue Rahal Ben Ahmed  
Dr. Mme. BENMOUSSA Ouafae  
Tél: 05 22 24 80 54  
Fax: 06 22 24 85 44

CNSS : 1753377  
Compte :

I.C.E : 001642356000035  
Patente : 31202044

INPE:092007814  
R.C : 191902

I.F : 46204130  
RIB :