

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)

12698

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0024832**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : Nouhia Znoud Date de naissance : en 1952

Adresse : Hay Kholouma Rue 8 n° 45 e As Abla Dhs

Tél. : 0663621569 Total des frais engagés : 671,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rafik Hys  
Ophtalmologue  
Espace Bureau Lina 6ème étage Bd Oued  
Dakar Alai Fakir Baita Casablanca  
Tél. 05 22 20 45 45 / 05 22 22 78 18

Date de consultation : ..... Age: .....

Nom et prénom du malade : ..... Lien de parenté : .....  Lui-même  Conjoint  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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : ..... *Catirat*

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19.01.23	F.Rais clinique anesthésie F.Rais medicam anesthésie F.Rais E.C.H.ographie	—	150,00 150,00 100,00 Grand total Ophthalmodont	CHU DE LAGOUA Centre Universitaire de la Santé des Facultés de l'Oasis Casablanca 19/01/2023 Ophthalmodont

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél : 05 22 23 49 89 Montant de la Facture
<b>PIAAR / ACIE L'EXTENSION</b> <b>24, AVENUE DE L'INDUSTRIE</b> <b>EXCESSION - CASABLANCA</b> <b>Tél : 05 22 93 48 40</b>	22.02.97	Tél : 05 22 11 27 11 271,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 :

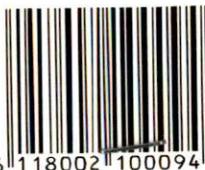
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



1466. Oblique 60°/180°. DC. 1582533  
1466. Oblique 60°/180°. DC. 1582533  
1466. Oblique 60°/180°. DC. 1582533

ИЗДАНИЕ УЧЕБНОЕ  
СТАНДАРТНОЕ  
СОВЕТСКОЕ  
СОВЕТСКОЕ УЧИЛИЩЕ  
СОВЕТСКОЕ УЧИЛИЩЕ



6 118002 100094

之十

1C00057  
2022-04  
2027-03  
[Red stamp]

REF UPHC.100

BTRO01/V<sub>3</sub>

D.m.a: 01/2022