

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- N° 002543

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 827 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : K. HAYRI - Mohammed  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : Rue 2 AEP 77 n°6. Attadammene 2157 CAS  
 Tél. : 05 22 896957 Total des frais engagés : 383,00 DH. Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ATMANI Najat  
 CARDIOLOGUE  
 9 OP Cite Essalam Etg RDC  
 Appt 4 GH 2 - Oulfa - Casablanca  
 Tél : 05 22 65 35 35  
 Date de consultation : 18/03/2013  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Casablanca 24-3-2023 Le : 24 / 3 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
18/03/2023				

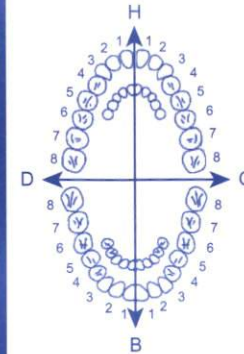
[illegible]

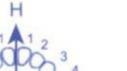
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																	
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 canaux, 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<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"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

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											
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="padding: 0 10px;">25533412</td><td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">21433552</td></tr> <tr><td style="padding: 0 10px;">00000000</td><td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td style="padding: 0 10px;">00000000</td><td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td></tr> <tr><td style="padding: 0 10px;">35533411</td><td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">11433553</td></tr> </table> <p>D                      G</p> <p style="text-align: center;">B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80%;" type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	<hr/>											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80%;" type="text"/>										
	DATE DU DEVIS <input style="width: 80%;" type="text"/>											
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80%;" type="text"/>											

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CABINET DE  
CARDIOLOGIE**



**عيادة أمراض  
القلب و الشرايين**

**Dr ATMANI Najat**  
**05 22 65 35 35**  
**ORDONNANCE**

Casablanca, le : 18/03/2023.....

**KHAYRI MOHAMMED**

83,00

- curcuflex

1 Gélule, matin, soir, après les repas, pendant , 1 mois



LOT : 220760  
DLUO : 10/2025  
83,00DH

**Dr. ATMANI Najat**  
**CARDIOLOGUE**  
9 OP Cite Essalam Etg RDC  
Appt 4 GH 2 - Oulfa - Casablanca  
Tél : 05-22-65-35-35

Dr. ATMANI Najat  
CARDIOLOGUE  
9 OP Cite Essalam Etg RDC  
Appt 4 GH 2 - Oulfa - Casablanca  
Tél : 05-22-65-35-35

**9 Op Cite Essalam Etg rd Appt 4 GH 2 - Oulfa - Casablanca**  
**Tél.: 05 22 65 35 35 - E-mail : najatatmani20@gmail.com**