

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 : 05 22 99 40 40 / 05 22 99 40 41 Fax : 05 22 99 40 41 Email : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-786872

157128

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03705 Société : RM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SAFFIH Abdelkader  
 Date de naissance : 01-01-1959  
 Adresse : rue 88 n° 17 groupe C EL Ouedje - Casa  
 Tél : 0661942246 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA Mohammed  
 OPHTALMOLOGISTE  
 104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
 Tél : 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
 E-mail : berrada.hamid@gmail.com  
 16 FEV. 2023  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : SAFFIH Abdelkader  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : AFFECTION OPHTALMOLOGIQUE  
 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 12/04/2023  
 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 |
| 16 FEV. 2023                   | C2                |                       | 350-                            |                                                                |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                             |                                                              |                  |                                                   |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Le praticien est prie de préciser la dent traitée l'acte pratique en indiquant la nature des soins                         |                                                              |                  |                                                   |                                               |
| Important :<br>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                                       | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   | DEBUT D'EXECUTION [ ]                         |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   | FIN D'EXECUTION [ ]                           |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   |                                               |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   |                                               |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   |                                               |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   |                                               |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   |                                               |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   |                                               |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                                                                                                 | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                    |                  |                                                   | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |
|                                                                                                                            | [Creation, remont, adjonction]                               |                  |                                                   |                                               |
|                                                                                                                            | [Remplacement, travail, ou pose, remaniement, à la prothèse] |                  |                                                   |                                               |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   | DATE DU DEVIS [ ]                             |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   |                                               |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   |                                               |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   |                                               |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   |                                               |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   | DATE DE L'EXECUTION [ ]                       |
|                                                                                                                            |                                                              |                  |                                                   |                                               |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                                                             |                                                              |                  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |                                               |