

## 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)



## Déclaration de Maladie

N° W21-770700

19/04/2023

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 05081		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	150603
Nom & Prénom : RAMMOUI BADI AA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Docteur Faika TAOUD  
Médecine Générale  
Diplôme d'Échographie Générale  
17, Rue Ahmed Chaouki  
0539 93 44 58 Tanger

Cachet du médecin :	Docteur Faika TAOUD Médecine Générale Diplôme d'Échographie Générale 17, Rue Ahmed Chaouki 0539 93 44 58 Tanger		
Date de consultation :	04 MAI 2023		
Nom et prénom du malade :	EL AALI BEN Abdellah		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA		
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) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-770700

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : \_\_\_\_\_  
Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_  
Total des frais engagés : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Coupon à conserver par 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
04 MAI 2023	C		G.	INP : <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> 161133244

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/05/2023	342,90 ₦

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 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																							
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (Rows for treatment of upper and lower teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Rows for nature of treatment)	<b>Coefficient</b> (Rows for coefficient)	INP : <input type="text"/>																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DÉBUT D'EXÉCUTION																			
				FIN D'EXÉCUTION																			
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																			
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		G	25533412	00000000	21433552	00000000	35533411	00000000			11433553	D		B
				H		G																	
				25533412	00000000	21433552																	
				00000000	35533411	00000000																	
		11433553																					
D		B																					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																							
MONTANTS DES SOINS																							
DATE DU DEVIS																							
DATE DE L'EXÉCUTION																							

**Docteur Faika TAOUD**  
**Expertise Assermentée auprès des Tribunaux**  
**Médecine Générale**  
**Diplôme d'Echographie Générale**  
(Faculté de Médecine de Montpellier - France )

**الدكتورة فائقة الطود**  
**خبرة ملحوظة لدى المحاكم**  
**الطب العام**  
**دبلوم التشخيص بالإيكوغرافيا العامة**  
**( كلية الطب بمنبولي - فرنسا )**

Tanger, le ..... 04 MAI 2023

طنجة في

LOT : 340  
PER : NOV 2024  
PPV : 114 DH 30

LOT : 333  
PER : AUT 2024  
PPV : 114 DH 30

LOT : 331  
PER : AUT 2024  
PPV : 114 DH 30

M - GR DAMMUS Bades

114,30  
3  
Co Dangueb. 50/12, x

✓ 342,90  
342,90  
M 4 SV 3 miss





المخطوط الملكي المغربي  
royal air maroc



CARTE DE VEUVE

EL AAMMOURI BADIAA

**VEUVE BENMESSAOUD LEFT YASSIN**

Matricule: 0005081

