

## 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

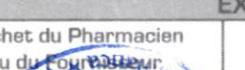
N° W21-791243



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>13426</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>Benkhemid Alide El Rachid N84053</u>			
Date de naissance : <u>31/03/1991</u>			
Adresse : <u>Parcours Rba 11 IC. Rachid</u>			
Tél. : <u>060430857</u>	Total des frais engagés : <u>62,00 Dhs</u>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<b>Dr. EL BOURY Chadia</b> <b>Pédiatre</b> <b>264, Ang Bd Ghandi et Omar El Khayam</b> <b>Rés Jawhara Appt 14-3<sup>e</sup> Etage</b> <b>Casablanca</b> <b>tel/Fax 05 22 95 11 38-Gsm.06 71 24 76 77</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>19 OCT 2023</u> Nom et prénom du malade : <u>BEN HMED YOUSSEF RACHID</u> Age : <u>13</u> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Vaccination</u> En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>21 NOV 2023</u> 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 : <u>Casa</u> Signature de l'adhérent(e) : <u>[Signature]</u> Le : <u>19 NOV 2023</u>			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
	19.10.23	332

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	00000000	11433553													
	G	35533411														
	[Création, remont, adjonction]															
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession															
	MONTANTS DES SOINS															
	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

**Dr EL BQURY Chadia**

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



**الدكتورة البوري شادية**

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والريبو عند الطفل

Casablanca, le ..... **19.10.2023**

**Enfant BENHMID Mohamed Rachid**

Age : 5 ans 1 mois

Poids : 18,90 Kg



**332 ADACEL POLIO 0.5.ML**

**Dr. EL BOURY Chadia**  
Pédiatre

264, Ang Bd Ghandi et Omar El Khayam  
Res-Jawhara Appt 14-3<sup>ème</sup> Etage  
Casablanca  
Tel & Fax: 05 22 95 11 38 - GSM: 06 71 24 76 77

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.I.  
Ain seba Casablanca  
ADACEL POLIO SUSP INJ

B1 SER P.P.V : 332.00 DH  
Barcode: 5 113001 082162

