

# 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.

M22- 0031203

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00356

Société :

Actif       Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAUZER MOHAMED

Date de naissance : 27-02-1942

Adresse : TAMARIS ANFA 1 N° 138 DAR BOUAZZA

Tél. : 0651928149

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAIDI Abdelkarim  
OTORHINOLARYNGOLOGUE  
319,Rue Mostapha Immani - Casablanca  
Tél:0322 29 44 29 / 0661 31 20 30

Date de consultation : 24 FEV 2023

Nom et prénom du malade : TAUZER MOHAMED ..... Age:

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

Signature de l'adhérent(e) : TAUZER MOHAMED

Le : 24/02/2023

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0031203

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### **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
24 FEV. 2023	<i>S</i>	<i>jolw</i>		<p>Dr. CHRAIDI Abdelkader OTOLARYNGOLOG 319, Rue Mostapha Maani - Casablanca Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 2</p>

091042630

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Sachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
SIE AUDOUINE SARL ICE 00158098600071 1F 18752858 - RC 40873 Tél. 06 88 58 62 16	03/03/23	2	Prothèses Auditives			200.00 dh

## 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.

### Important

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

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			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) 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

## Devis

## Patient

Numéro: 26AB/23

Mr.TAOUZER MOHAMED

Date : 03/03/2023

Désignation	Qté	Prix HT	Prix Total HT
<i>Prothèse Auditive Numérique</i> <b>MARQUE : STARKEY</b> <b>TYPE : CIC</b> <b>CANNAUX : 10</b> <u><b>ANAM :FA100001.</b></u>	<b>2</b>	<b>10 000.00</b>	<b>20 000.00</b>

- *2 Ans de garantie*
- *Contrôle gratuit*
- *Service après vente gratuit.*

Total HT : 20 000.00

TVA 0% : 00.00

Total TTC : 20 000.00

Arrêter le présent devis à la somme de : VINGT MILLES DIRHAMS.

Sté AUDOUNE SARL  
 ICE 001580986000071  
 IF 18752858 - RC 40873  
 Tél. 06 88 58 62 16