

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

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

N° W19-440155

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9738		Société : R.A.M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHABABOUDI AZIZA			
Date de naissance : 08-04-74			
Adresse :			
Tél. : 2375		Total des frais engagés : 500 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<p>Dr Soumia BERRADA Psychiatre - Psychothérapeute 294, Bd. Yacoub Mansour Résidence Espace Anfa 2ème étage, App. 7 Tél : 0522 94 50 07</p> <p><i>[Handwritten signature over the box]</i> </p>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Aziza Chababoudi Age: 45			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : S.A. malade			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 03 DEC. 2019			
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 Le : 28/11/2019  
Signature de l'adhérent(e) : *[Handwritten signature]*

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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																																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)																												
				INP : <input type="text"/>																												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																												
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																												
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">25533412</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		21433552		25533412		00000000		00000000		00000000		D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B			
H		21433552																														
25533412		00000000																														
00000000		00000000																														
D		G																														
00000000		00000000																														
35533411		11433553																														
B																																
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																														
		DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																																



Addictologue - Sexologue

Ex. Interne des Hôpitaux de Paris

Ex. Pr. à la faculté de Médecine de Casablanca

Ex. Chef de Service du Centre d'Addictologie

CHU Ibn Rochd, Casablanca

Thérapie Cognitive et Comportementale

أخصائية في الأمراض النفسانية

العصبية والإدمان والصعوبات الجنسية

طبيبة داخلية بمستشفيات باريس سابقاً

أستاذة بكلية الطب بالبيضاء سابقاً

رئيسة مصلحة مركز الإدمان بالمستشفى

الجامعي ابن رشد سابقاً

Casablanca, le : 29/10/18

J. Soumia BERRADA

Panxethne Work

M. Y. S. B.

H. De de Soumia

Pr. Soumia BERRADA  
Psychiatre - Psychothérapeute  
294, Bd. Yacoub Mansour  
Résidence Espace Anfa 2ème étage, App. 7  
Tél. 0522 94 59 59

إقامة فضاء أنفا ، الطابق الثاني - رقم 7 ، 294 شارع يعقوب المنصور - الدار البيضاء  
Résidence Espace Anfa - 2ème Étage - Appt 7 , 294 Boulevard Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 59 59  
الهاتف: