

# 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

- 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



Déclaration de Maladie

149100 M22- 0053523

A

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03070 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : HILALI Choussaine  
 Date de naissance : 01/01/52  
 Adresse : 494 Gr Zenata EL OODS S/B CASA  
 Tél. : 0619645767 Total des frais engagés : 187,70 Dhs

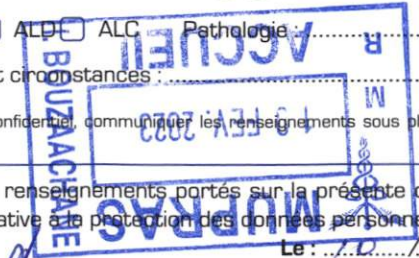
### Cadre réservé au Médecin

**Dr. ADIL BEKKALI**  
 Médecine Générale  
 Echographie Médecine de Sport  
 Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Oods  
 Tidi Bernoussi - Casablanca  
 GSM: 07 10 76 58 06

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 10/01/2023  
 Nom et prénom du malade : HILALI SAADIA Age:  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Allergie au pollen  
 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 : CASA Le : 10/01/23  
 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
10/01/23	ca	un	150,	<b>DR. ADIL BERKAOUI</b> Médecine Générale Echographie Médecine de Sport Rés: Nakhil, Immt 5, Appt 2, El Qods Bordj Berroussi - Casablanca Tél: 07 76 58 06

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/01/23	3770 DH

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

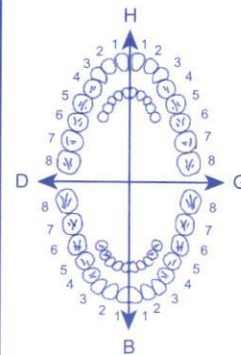
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
D	00000000	B	00000000
35533411		11433553	



**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	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

**Dr. ADIL BEKKALI**  
Médecine Générale  
Échographie Médecine de Sport  
Les Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Qods  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél. 07 22 73 03 71

Le: 10-11-2023

HILAN MADDIA

ORDONNANCE

30, 20  
Vantec  
à l'usage



37,70

**Vantec 10mg**  
30 comprimés enrobés sécables

6 118000 360049

PHARMACIE AL TAMM  
Imm. G96 - N° 2 - Casablanca  
Tél : 05 22 73 03 71

**Dr. ADIL BEKKALI**  
Médecine Générale  
Échographie Médecine de Sport  
Les Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Qods  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél. 07 22 73 03 71