

## 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.

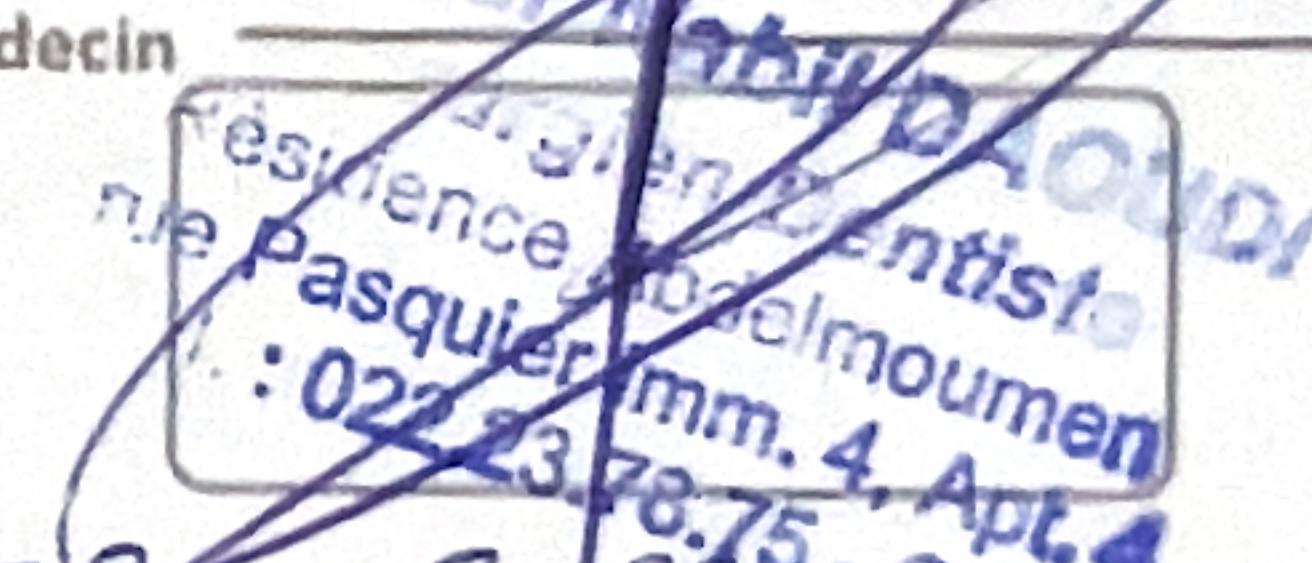
MUPRAS - Centre Alali Ben Abdellah - Avenue Prince Moulay El Hassan - Casablanca 10000 - Tel : 05 23 70 45 45 (14) - Fax : 05 23 32 78 38 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-815809

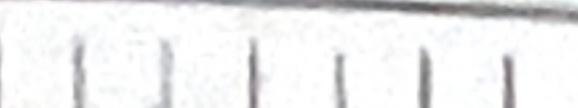
Maladie  Dentaire  Optique  Autres  
 Actif  Pensionné(e)  Autre  
 Matricule : 7807 Société : RAM  
 Nom & Prénom : BENCHERIFA RACHID  
 Date de naissance : 08 Juillet 1968  
 Adresse : CASA GREEN TOWN ILOT 22 VILLA N° 65  
 Bouskoura  
 Tél. : 066 13 283 77  
 Total des frais engagés : 1000000 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019  
 Cadre réservé au Médecin  
 Cachet du médecin :  
  
 Date de consultation : 11/09/2023  
 Nom et prénom du malade : BENCHERIFA ZINEB  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  
 Nature de la maladie : Denis  
 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.  
 Age: 19 ans  
 Enfant

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 : 11/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT  
 Déclaration de maladie  
 N° W21-815809  
 NB : Prise en charge  
 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 : 7807  
 Nom de l'adhérent(e) : BENCHERIFA  
 Total des frais engagés : Denis  
 Date de dépôt : Casablanca

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
D.O.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>01403552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11403553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p> <p><i>couronne en céramique</i></p> <p><i>Lc6</i></p>			H		25533412	01403552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11403553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H																		
25533412	01403552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
25533411	11403553																	
B																		
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <i>Doré, Nabil DAQUDI</i> <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>Résidence 022 22 00 00 44, Apt 4</i> <i>Me D</i>																		

Benchwifa Zineb  
Argant QHL16

16 NOV 1975  
Rue Pasquier Abdo Djoum  
Rue Pasquier Imm. 4.  
: 022.23.78.75