

## 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 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

N° W19-548101

Age : 56  
Sexe : Féminé

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

146552  
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09767 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre : DARBALI Mohammed

Nom & Prénom : DARBALI Mohammed

Date de naissance : 01-01-1971

Adresse : 52, Rue Société 1er Etage Appart. N° 1  
Rue Allal Ben Abdellah, Casablanca, Maroc

Tél. : 06 64 74 12 24 Total des frais engagés : 52, Rue Société 1er Etage Appart. N° 1  
Maroc, Casablanca, Maroc

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/2023

Nom et prénom du malade : Zouhaira

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Sonne + grippe

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) :

Le : 23/01/2023

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-548101

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 : 09767  
Nom de l'adhérent(e) : DARBALI

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### 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 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 |                                 |
|                                    |                |        |     |     |     |                                 |
|                                    |                |        |     |     |     |                                 |
|                                    |                |        |     |     |     |                                 |

### VOLET ADHERENT

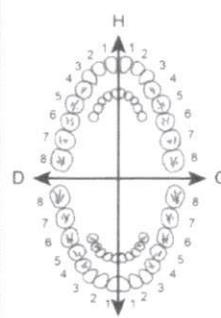
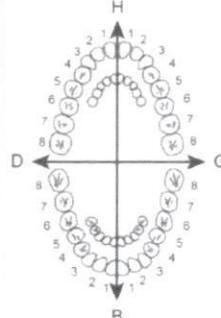
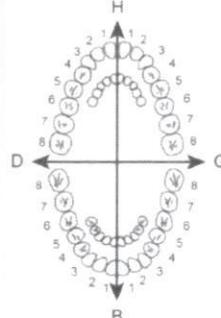
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées       | Nature des Soins         | Coefficient                     | INP : <input type="text"/> |   |                      |                      |                      |                      |  |
|---|----------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
|    | 4 6 7 8 1 2 3 5      | D + oblique D 2,7        | <i>Dentaltage (1er et 2ème)</i> | <i>D 28 + 2D 120</i>       |   |                      |                      |                      |                      |  |
|   | 1 2 3 4 5 6 7 8      | Dentaltage (1er et 2ème) | <i>Dentaltage (1er et 2ème)</i> | <i>800,-</i>               |   |                      |                      |                      |                      |  |
| <del>Création, remont, adjonction Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</del>  |                      |                          |                                 |                            |   |                      |                      |                      |                      |  |
| <i>Création d'une OCN en la 46.</i>   |                      |                          |                                 |                            |   |                      |                      |                      |                      |  |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                      |                          |                                 |                            |   |                      |                      |                      |                      |  |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411<br/>00000000</td> <td>11433553<br/>00000000</td> </tr> </table> |                      |                          |                                 | H                          | G | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | 35533411<br>00000000 | 11433553<br>00000000 |  |
| H   | G                    |                          |                                 |                            |   |                      |                      |                      |                      |  |
| 25533412<br>00000000  | 21433552<br>00000000 |                          |                                 |                            |   |                      |                      |                      |                      |  |
| 35533411<br>00000000  | 11433553<br>00000000 |                          |                                 |                            |   |                      |                      |                      |                      |  |
|   |                      |                          |                                 |                            |   |                      |                      |                      |                      |  |
| DATE DU DEVIS   |                      |                          |                                 |                            |   |                      |                      |                      |                      |  |
| DATE DE L'EXECUTION   |                      |                          |                                 |                            |   |                      |                      |                      |                      |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |                      |                          |                                 |                            |   |                      |                      |                      |                      |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |                      |                          |                                 |                            |   |                      |                      |                      |                      |  |