

# 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# Déclaration de Maladie

N° W21-722138

206082

Optique Autres

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 11472

Société : RAMI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FAKHOURI KARIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661-05-81-34

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/12/2023

Nom et prénom du malade : AL DAOUTI AMAL Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse dentaire

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 : CNN

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/10/2024

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-722138

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
.....	.....	.....	.....	INP : ..... / .....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

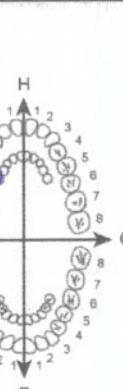
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

		INFORMATIONS PRATIQUEES										
<p>Dr SIRAJEDDINE Abdelha Chirurgien Dentiste 2ème etage App 300 Bd Panoramique 2ème étage App Casablanca Tél 0522 87 00 43</p> <p>ALBAOUI Amal 13/02/2024 -</p>		<b>CONNAISSANCES</b> en indiquant la nature des soins.  Traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.										
		<b>INP</b> <b>INPE.094162971</b>										
		<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"/>										
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <b>D100</b>
H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000										
B	35533411	11433553										
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <b>+3600+</b>										
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>DATE DU DEVIS</b> <b>15/12/2024</b>										
<b>(C.M)</b>		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <b>D100</b>										
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b> <b>Dr SIRAJEDDINE Abdelha</b> <b>Chirurgien Dentiste 2ème etage App</b> <b>300 Bd Panoramique 2ème étage App</b> <b>Tel 0522 87 00 43</b>		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>										