

## 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° W19-553009

35142

|   |  |                                  |                                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                          | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                             |  |                                  |                                 |
| Matricole : 08248   |  |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                            | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : HAOUAM ABDELGHANI                          |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : 18 JAN 1953                           |  |                                  |                                 |
| Adresse : 18 RUE TAOUFIK EL HAKIM - CASABLANCA            |  |                                  |                                 |
| Tél. : 06 61 33 09 59 Total des frais engagés : _____ Dhs |  |                                  |                                 |

|   |                                   |                                   |                                 |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |                                   |                                 |
| Cachet du médecin :   |                                   |                                   |                                 |
|   |                                   |                                   |                                 |
| Date de consultation : 21/07/2010   |                                   |                                   |                                 |
| Nom et prénom du malade : Neoplasie de l'estomac  |                                   |                                   |                                 |
| Age: _____  |                                   |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Neoplasie de l'estomac   |                                   |                                   |                                 |
| 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

|   |  |
|---|--|
| VOLET ADHÉRENT  |  |
| Déclaration de maladie  |  |
| N° W19-553009   |  |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |  |
| Matricule : _____   |  |
| Nom de l'adhérent(e) : _____  |  |
| Total des frais engagés : _____   |  |
| Date de dépôt : _____   |  |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).   |  |

#### **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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/07/2020      | 1                 |                       | 25000                           | <br>Dr. NADIA CHAKROUN, Physiotherapist, No. 091026427 |

## **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<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées | Nature des Soins  | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|------------------------------|----------------|---|-------------|--|
|                              |                |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                              |                |   |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                              |                |   | -           | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                              |                |   | .           | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                              |                | H<br>25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D   00000000 00000000<br>35533411   11433553<br>G<br>B |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                              |                | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse                    |             | 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



**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute

Acharki M.Denar  
28/10/2020

Répon consultation

de 250,-Dhs

~~Pr BENCHAKROUN Nadia  
Onco-Radiothérapeute  
INP N° 091026427~~