

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-549787

BS 344  
Courrier  
NSR

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6417

Société :

R A M

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre

Nom & Prénom :

MOUSLM 97 HMANE

Date de naissance :

22/11/1963

Adresse :

habituelle

Tél. : 06 61 46 18 38

Total des frais engagés : 06 00 72 50 Dhs

384,6

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26/07/2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vaccination

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 : 26/07/2020

Le : 26/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

#### Déclaration de maladie

N° W19-549787

MUPRAS

29 JUIL 2020

Matricule :

6417

ACCUEIL SIEGE RAM

384,6

Total des frais engagés :

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
25/01/2022	Pr	1	250	INP : INSTITUT NATIONAL DES ASSURANCES CASUALTIES : 06.66.48.78.51 PÉDOPHYSIQUE SCTET ATELIER
26/01/2022				

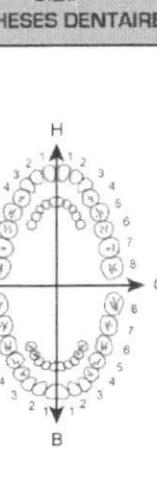
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI BOU Khalifa Km 27 Rte d'Agadir El Aaiouine - Sidi Bou 05 22 96 93 81	25/07/2023	1311,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 doit 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.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				<b>ODF PROTHÈSES DENTAIRES</b> 																
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>					25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411	11433553	G	
				25533412	21433552															
				00000000	00000000															
				D																
B																				
35533411	11433553																			
G																				
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

Docteur Adil Fath Allah  
Pédiatre

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd  
Ex-Chef de service de Pédiatrie Hôpital Hassani



الدكتور عادل فتح الله  
اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
طبيب سابق بمستشفى الأطفال ابن رشد  
رئيس سابق لقسم الأطفال بمستشفى الحسيني

Casablanca le : ... 25/07/2020

Noushr Ismail

- Tefcadim 1341,60

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tetraxin Inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 134,60 DH  
6 118001 08072

~~PHARMACIE CHORFA~~  
Douar Chorfa Km 27 Rte d'Almouz  
Café El Alaaouyine - Sidi Rahal  
Tél : 05 22 96 93 85

101 - 05 22 91 00 30 - Urgences : 0666 48 76 67  
Groupe résidentiel OULFA - CASABLANCA  
douar Chorfa Km 27 Rte d'Almouz  
Café El Alaaouyine - Sidi Rahal  
Tél : 05 22 96 93 85  
DOCTEUR ADIL FATH ALLAH

Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm, 65 GH 7 RDC - Oulfa - Casablanca (A côté du club de la RAM)

En face commissariat Firdaouss - Tél.: 0522.91.00.30 - GSM.: 0666.48.76.67