

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractéristiques personnelles.

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° M20- 0006759

87 229

(A)

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12731 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUKASSE Houssein

Date de naissance : 29-04-1991

Adresse : QUARTIER ALMAZ- RESIDENCE AMBAR 3-  
IMMA- Apt 21 - CASABLANCA

Tél. : 0661846053 Total des frais engagés : 300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/04/2021

Nom et prénom du malade : RAFIKA Age : 31

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DML

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 : CASA Le : 07/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-06759

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Matricule : 12731

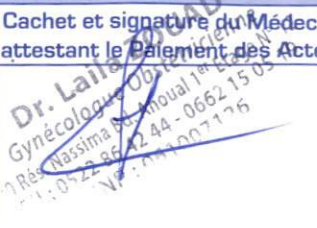
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. Nom de l'adhérent(e) : MOUKASSE

Total des frais engagés : 300

Coupon à conserver par l'adhérent(e). Date de dépôt : 12-04-2021



# RELEVÉ 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                                                                                                                                                               |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01/04/21        | C2                |                       | 300 DH                          |  <p>Dr. Laila Nassima Boumoual<br/>Gynécologue Obstétricienne<br/>N° 0522 86 42 44 - 0662 15 02 15<br/>N° 0522 86 42 44 - 0662 15 02 15</p> |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                                                                              |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                                                                              |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                                                                              |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                                                                              |

# 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 Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# VOLET ADHERENT

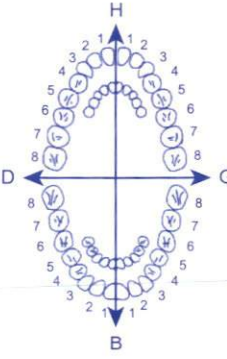
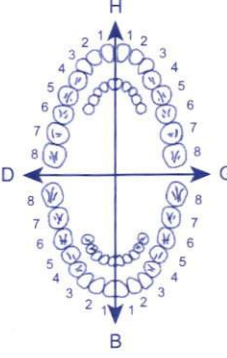
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des Soins | Coefficient |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             | CCEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES                                                             | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |             |                                              | H                                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552         |             |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000         |             |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                |             |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
| 00000000                                                                              | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
| 35533411                                                                              | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
| B                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                              |                                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                       | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                              |                  |             | 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