

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0006017

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7354 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAMLAN Ahmed  
 Date de naissance : 02/11/1967  
 Adresse : N°13, 122 GH 1 PDS DONAT TAMARIS AIN  
 BNAZZA NVAACHUR CASABLANCA  
 Tél. : 0661461218 Total des frais engagés : 250 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/07/2022  
 Nom et prénom du malade : HAMLAN JAD Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tumeur  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 03 AOUT 2022

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

Le : 28/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

| 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 |
| 29-05-22                       | (2)               | 22                    | 250                             |                                                                |

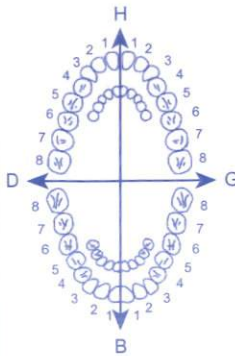
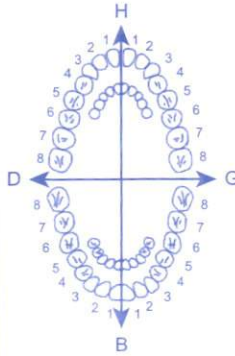
[illegible][illegible][illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des<br>Soins | Coefficient                                 |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             | Coefficient<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |                                             | H                                               |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21433552            |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 11433553            |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/> |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                                 |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION