

# 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° P19-0031518

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 121155104804 Société : Ale et plus

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAKISSI Abdelhak

Date de naissance : 13.01.62

Adresse : Benclid

Tél. : 0666353691

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/2/23

Nom et prénom du malade : LAAKISSI Abdelhak Agé :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : eduk

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 : 28/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-031518

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 : .....



[illegible][illegible][illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

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

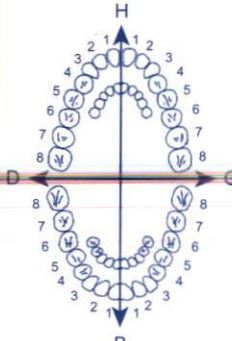
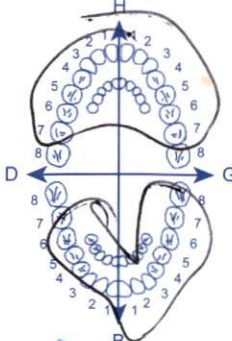
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'ODF.

*PEC*

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient                              |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|--|---|---------------------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|   |   |                     |  | 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 CCEFFICIENT<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 DES TRAVAUX <input type="text" value="D240"/> |
|  | H   |                     |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412  | 21433552            |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000            |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | G   |                     |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000            |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 35533411  | 11433553            |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B   |                     |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                     |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="4800m"/> |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <p><i>PAT 122</i></p>   |                     |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>                    |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
| <p><i>PAT 111</i></p>  |   |                     | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |  |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

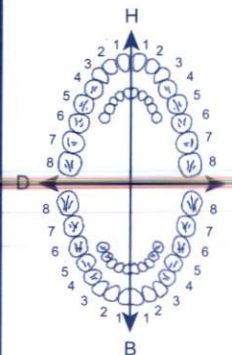
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NAAMANE Reda  
Chirurgien Dentiste  
93 Bd O. M. Ave. Dentiste  
Tel : 05 22 51 47 53  
Deroug

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.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |   |          |
|----------|---|----------|
|          | H |          |
| 25533412 |   | 21433552 |
| 00000000 |   | 00000000 |
| D        |   | C        |
| 00000000 |   | 00000000 |
| 35533411 |   | 11433553 |
|          | B |          |

**(Création, remont, adjonction)**

~~PAT~~ Azk  
~~PAT~~ MLL

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. NAAMANE Reda  
Chirurgien Dentiste  
93 bd O. G. de la France  
Tél : 05 22 51 47 53

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



*Amel  
et  
Raphael*

Le 26 février 2020

DR. LOUAHLIA MOSTAPHA  
ANGLE BD MOHAMED V  
BERR, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE**  
**N/REF : : 20200570003344**  
**Adhérent : LAAKISSI ABDELLAH**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDELLAH LAAKISSI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 2400.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 600.00 MAD

Validité de prise en charge : du 26-02-2020 au 26-05-2020.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ABDELLAH LAAKISSI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.



**NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.**  
Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture



ACC

21528



# Déclaration de Maladie

N° P19- 0040638

☐ Maladie☒ Dentaire☐ Optique☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 024804 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom &amp; Prénom : LAAKISSI Abdellah

Date de naissance : 13-01-60

Adresse : Benchi

Tél : 0666353691 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mostafa LOUAHLIA**  
**Médecin Dentiste**  
 Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub  
 Al Mansour - Berrechid  
 Tél : 05 22 33 66 41

Date de consultation : 14/02/2020

Nom et prénom du malade : LAAKISSI Abdellah Age :

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

Nature de la maladie : Dents prothèse

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 : 17/02/20

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-040638

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

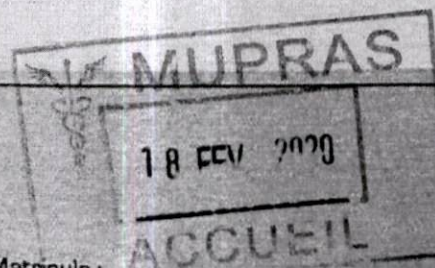
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :





Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué, en indiquant la nature des soins.

Important :

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|
|                 |                   |                     |             |
|                 |                   |                     |             |
|                 |                   |                     |             |
|                 |                   |                     |             |
|                 |                   |                     |             |
|                 |                   |                     |             |
|                 |                   |                     |             |
|                 |                   |                     |             |
|                 |                   |                     |             |
|                 |                   |                     |             |
|                 |                   |                     |             |
|                 |                   |                     |             |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX    |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |      |
|------------------------------|---|-------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|------|
|                              | <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">H</th></tr></thead><tbody><tr><td>25532412</td><td>21432652</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>25532411</td><td>11433559</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></tbody></table> | H                             |  | 25532412 | 21432652 | 00000000 | 00000000 | G |  | 00000000 | 00000000 | 25532411 | 11433559 | B |  | D240 |
| H                            |   |                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |      |
| 25532412                     | 21432652  |                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |      |
| 00000000                     | 00000000  |                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |      |
| G                            |   |                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |      |
| 00000000                     | 00000000  |                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |      |
| 25532411                     | 11433559  |                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |      |
| B                            |   |                               |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |      |
|                              | <p>(Création, remont, adjonction)<br/>fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Complet Haut + Bas</p>  | MONTANTS<br>DES SOINS<br>4000 |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |      |
|                              |   | DATE DU<br>DEVIS              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |      |
|                              |   | DATE DE<br>L'EXECUTION        |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |      |

Dr. Mostafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste  
VISA ET CACHET DU PRATISSEUR ATTESTANT SON EXERCICE  
Angle Bd Mohamed V  
Al Mansour - Berrechid  
Tel.: 05 22 33 66 41

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION