

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-783728

Mle 10991

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **10991**

Matricule : **10991** Société : **RAM** **197814**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **ASSADY AMAL**

Date de naissance : **17/06/1974**

Adresse : **Casablanca**

Tél. : **0661436002** Total des frais engagés : .....

Cadre réservé au Médecin : **Dr TOUIJAR Rachid**  
Chirurgien Dentiste  
Angle Rd Abdelmoumen et Rte  
d'Azzemmar N° 6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Cachet du médecin :

Date de consultation : **31/01/2024**

Nom et prénom du malade : **ASSADY AMAL** Age : .....

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

Nature de la maladie : **Prothèse dentaire**

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'at  
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-783728

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

Matricule : **10991**  
Nom de l'adhérent(e) : **ASSADY**  
Total des frais engagés : .....



# 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
				INP : <input type="text"/>

# 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

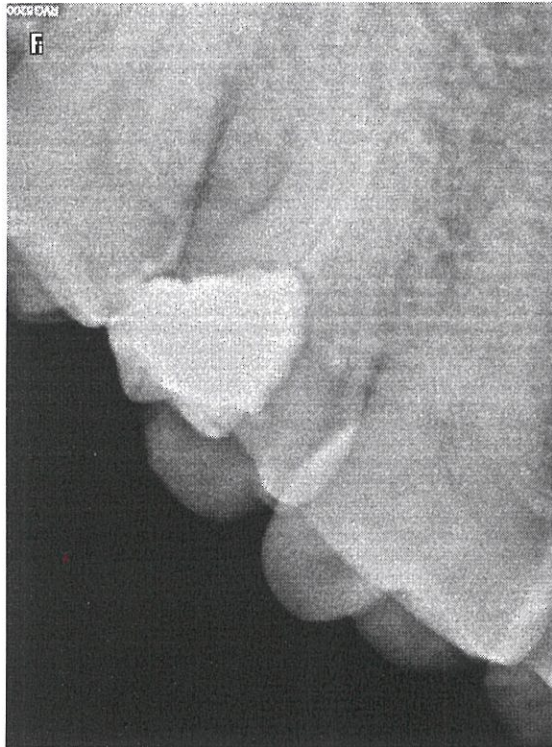
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 94014191												
	36	extraction	2/10	COEFFICIENT DES TRAVAUX 954												
	35	canal	2/10		MONTANTS DES SOINS 1350,00											
	35	couronne	2/10			DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX 900											
							MONTANTS DES SOINS 1800,00									
								DATE DU DEVIS 31/01/24								
									DATE DE L'EXECUTION							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction]															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
	- 10417 2/10															
	- 10444 2/10															
	- 304 35-X-77															
2840																

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
d'Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

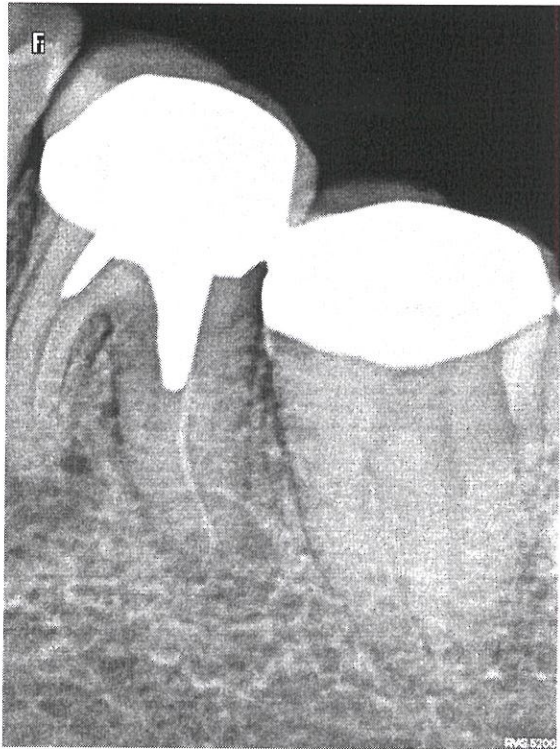
**Dr TOUIJAR Rachid**  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abdelrahmane et Rte  
d'Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél: 0522 90 93 35 / 0522 91 50 89



Lin

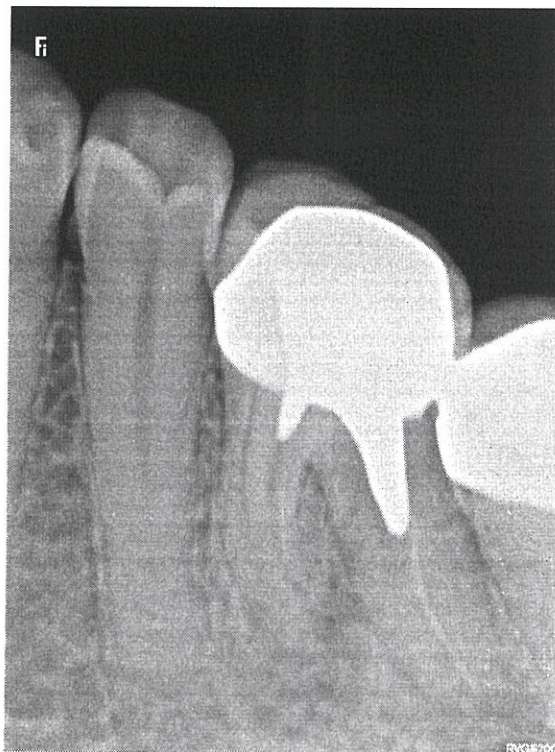


**Dr TOUIJAR Rachid**  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abdelrahmane et Rte  
d' Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89



Lin

**Dr TOUIJAR Rachid**  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d' Azemmour 14, Casablanca  
Tél: 0522 90 98 35/0522 91 50 89



Lin