

## 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° W19-492376

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10592 Société : *200213*

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *Abdelaziz*

Date de naissance : *17/05/24*

Adresse : *17/05/24*

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr. Mostafa LOUHILIA*

Date de consultation : *17/05/24*

Nom et prénom du malade : *Abdelaziz* Age : *24*

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

Nature de la maladie : *prise en charge*

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 17/05/24*

Signature de l'adhérent(e) : *Abdelaziz*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-492376

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 : .....



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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 6640 197911																				
	14, 16	2 ExL	D20	COEFFICIENT DES TRAVAUX <b>424</b>																				
	4, 14, 12	2 ExL	D20																					
	32	ExL	D40																					
		11, 11, 13	3 HHC	D30	MONTANTS DES SOINS <b>12100,-</b>																			
		21, 23, 21	3 HHC	D35																				
		11, 12, 13, 21	4 cp 3 facs	D60																				
		34	HHC + CP	D30	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
		43, 44, 45	3 cp 3 facs	D45																				
		33, 35, 27	3 cp 3 facs	D45																				
		17	cp 3 facs	D45	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
			Debut	D12																				
			Debut	D12																				
		13 23 21 3 HHC	gingival	D40	COEFFICIENT DES TRAVAUX <b>2x D80 + 8x D200 + D40 + D45 + D65</b>																			
		3 2 4 5	gingival	D40																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS <b>31300,-</b>																				
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21030052</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433753</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </table>				H		G		25533412	21030052	00000000	00000000	D	00000000	G	00000000	35533411	11433753			B			
	H		G																					
	25533412	21030052	00000000	00000000																				
	D	00000000	G	00000000																				
	35533411	11433753																						
B																								
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																								
23, 25, 27 F1																								
13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25																								
DCCC																								
Stellite H+B																								
65416																								
76211267																								
DATE DU DEVIS				<b>18/4/24</b>																				
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Dr Mostafa LOPEZ  
 Médecin Dentiste  
 Angle Bd Mohamed V et Rue Tarabou  
 Al Mansour - Berrechid  
 Tél : 05 22 33 66 41



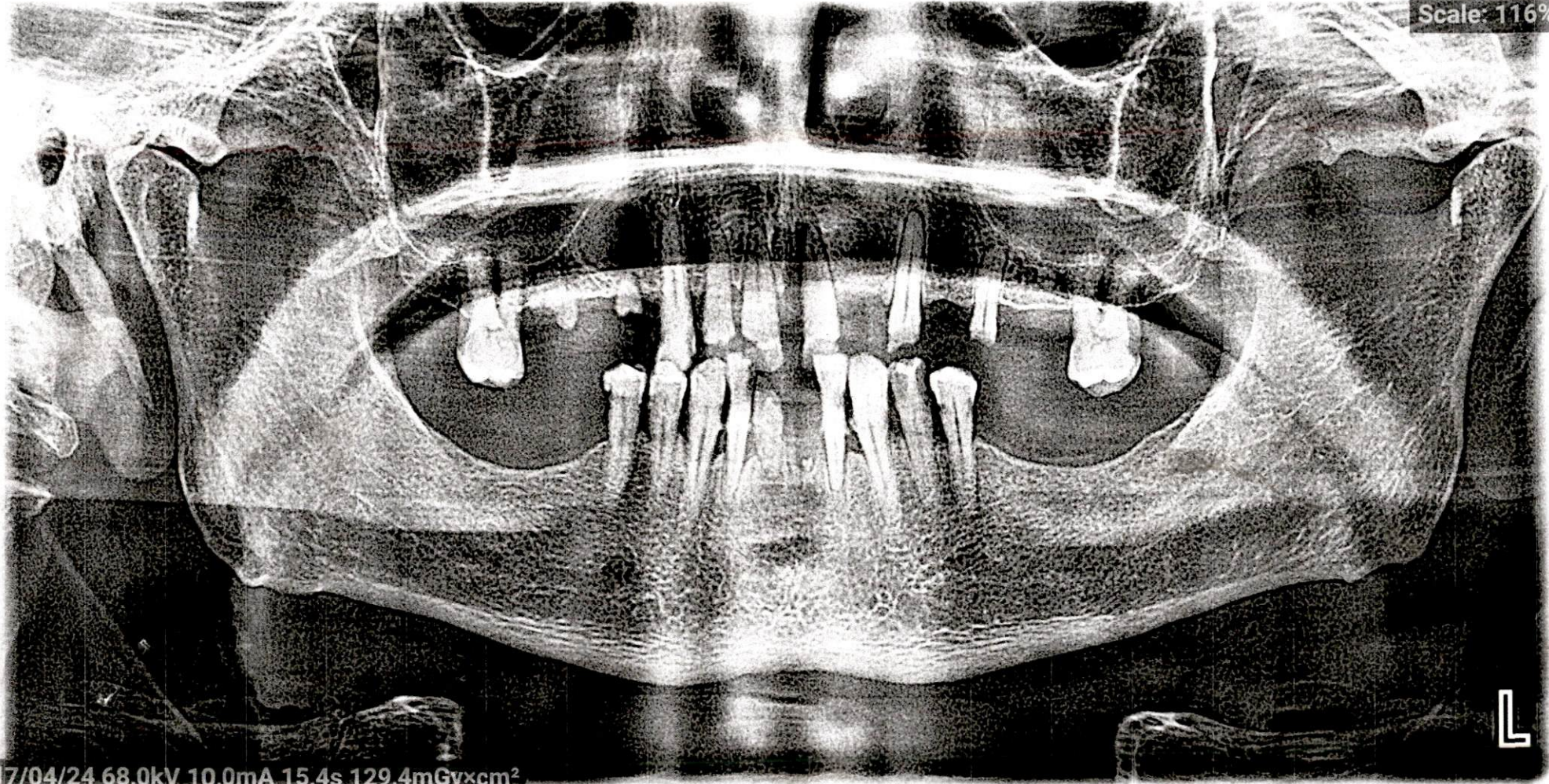
Dr Mostafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Mansour - Berrechid  
05 22 33 66 41

Mechhour Abdelaziz  
Date De Naissance :

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



Scale: 116%



17/04/24 68,0kV 10,0mA 15,4s 129,4mGy×cm<sup>2</sup>