

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

- Reclamation : 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

Rec 905084

Déclaration de Maladie : № S19-0051930

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent [e] | | | |
| Matricule : 11216 | Société : 274 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : HAMANE ABDELKE | | Date de naissance : | |
| Adresse : Rue 74 n° 21 Ain Oulha Casablanca | | | |
| Tél. 06 61 42 21 64 | | Total des frais engagés : Dhs | |

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. DERBANI Chouaib Chirurgien Dentiste 65, Bd DAKHLA, Jamila 3-C Casablanca - Tel: 05 22 55 08 21 ICP: 00 18 23 98 00000 22 </div> | | |
| Date de consultation : | 08/05/2024 | | |
| Nom et prénom du malade : | HAMANE ABDELKE Age : Pratene dentur | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | | | |
| 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 : **08/05/2024**

Signature de l'adhérent(e) : **2 M 09 MAI 2024**



| | |
|--|--|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie № S19- 0051930 | |
| 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 : | |

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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.

RELEVE 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.: 094015278 |
|-----------------|------------------------------|------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.E | DETERMINATION DU COEFFICIENT | | | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates the dental arches, showing the upper arch (maxilla) and lower arch (mandible) with numbered molars (1 through 8) and a central incisor (B). The upper arch is oriented with the anterior teeth pointing upwards and the posterior teeth downwards. The lower arch is oriented with the anterior teeth pointing downwards and the posterior teeth upwards. The numbers 1 through 8 are placed on the upper molars, and the letter B is placed on the lower central incisor. The diagram is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom center.

D. DERBANI CHOUAIB
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Chirurgien Dentiste
65, Bd DAKHLIA, Jamila 3-C-D
Casablanca-Tel: 00212 55 08 21
Fax: 00212 23 98 0000 22

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ENTREPRISE
D'AVANTAGE

28620

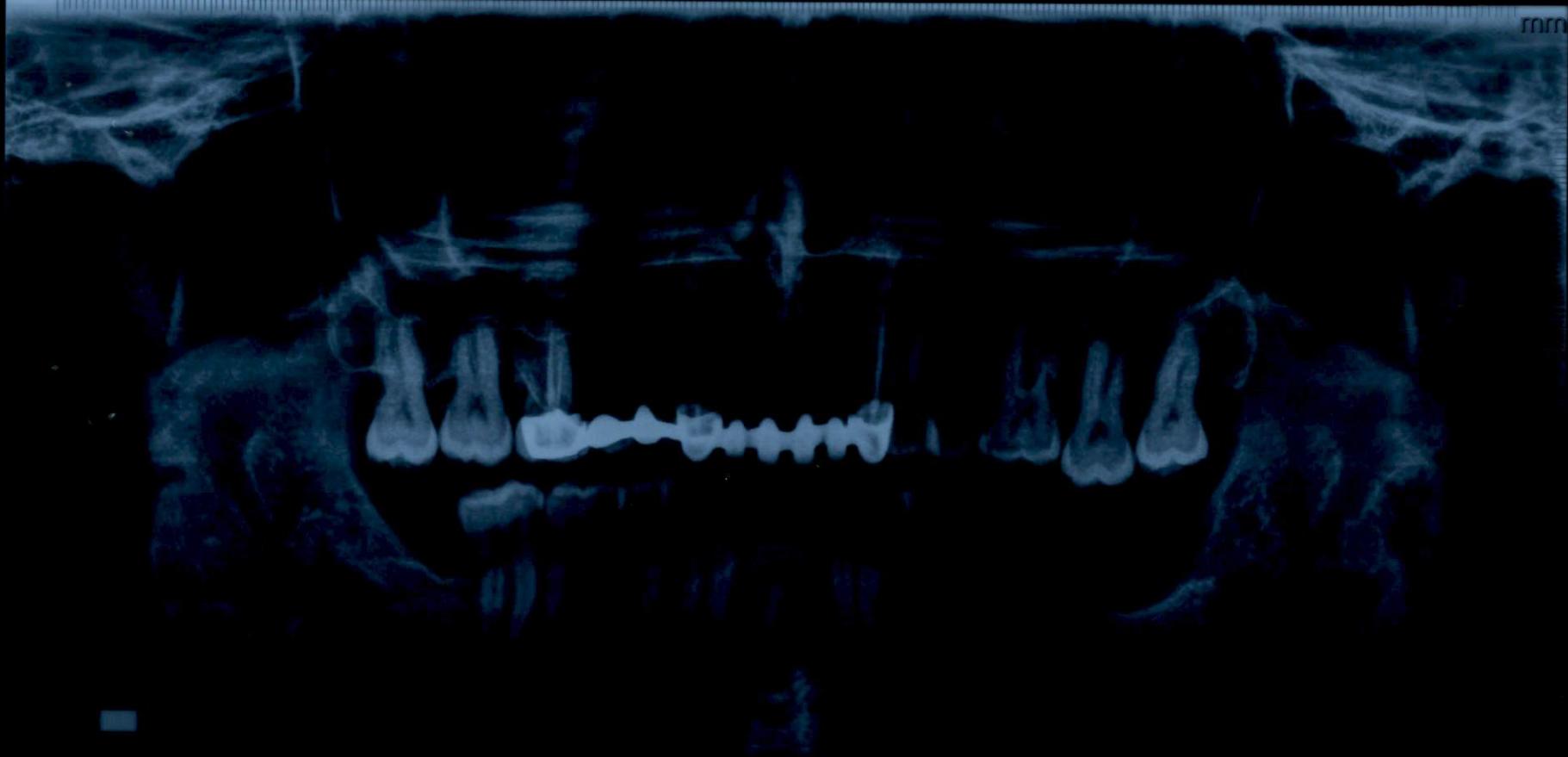
08.5.22

DATE DE
L'EXECUTION

HAMANE, ABDELKrim *15-03-66

RADIOLOGIE 2 MARS SUDINA
CASABLANCA

01XP 07-05-24: Scan: 11:25:30, Vue



07-05-24