

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W19-535463



### Maladie

12596

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Dentaire

12596

Société :

RAM

N° 30971

Autre :

GARCH JIHANE

21 07 1987

95 YAAOUS EL TANNAK

JOHANNE

0661245764

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

| 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 Pachement des Actes   |
| 23/05/2011                     | CG                | Gravide               | INP : 11000000000000000000000000000000 | INP : 11000000000000000000000000000000<br>Obstétricien<br>Rue Euge N' 11<br>Casablanca<br>Tél : 05 22 930 950 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

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

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE   |          |   |  |   |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|---|----------|---|--|---|--|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|---|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |          |   |  |   |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |          |   |  |   |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>                         |          | <b>Dents Traitées</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | <b>Nature des Soins</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>Coefficient</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |          |   |  |   | <b>INP :</b> <input type="checkbox"/> |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |          |   |  |   | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |          |   |  |   | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |          |   |  |   | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |          |   |  |   | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| <b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>              |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>05533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>         Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la prothèse</p> |  |   | H  | G | 05533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | H | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/> |
| H   | G        |   |  |   |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| 05533412  | 21433552 |   |  |   |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| 00000000  | 00000000 |   |  |   |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| D   | G        |   |  |   |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| 00000000  | 00000000 |   |  |   |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| 35533411  | 11433553 |   |  |   |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| B   | H        |   |  |   |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |          |   |  |   | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |          |   |  |   | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |          |   |  |   | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |          |   |  |   | <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |