

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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° W19-448086

54671

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9102		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NASSAIR MOHAMMED
Nom & Prénom :		Date de naissance : 04/03/62	
Adresse :			
Tél. : 0662 767 068		Total des frais engagés : Drs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BENNANI Samia	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/12/2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-448086
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
.....	.....	.....	.....	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.

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																		
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																		
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																		
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">*</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">*</td> </tr> </table>			H	*	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	*	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	*																					
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B	*																					
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS																		
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Assurance maladie obligatoire

2

### DÉTAIL AMO

X

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
60233573	306.25	Archivé dossier liquidé	02/10/2020		Virement assuré

Fermer

« < > »



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

## Feuille de soins dentaires

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
ObligatoireRef. : 1.2.03  
Réf. : ANAMموافقة مسبقة\*  
Entente préalable\*      تأكيد\*  
Exécution\*

رقم زمام : 610-1-04

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **SAHAR**رقم التسجيل : **135393149**رقم بطاقة التعرف الوطنية : **5278102**علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)\*  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*Conjoint  زوج  Enfant  ابن  Lui-même  هو نفسهالعنوان : **6, Rue IBN CHOSCH EL KHIRZAWI  
CASABLANCA**مبلغ المصاري : **500** درهم Dhs.عدد الوثائق المرفقة : **02**

## Declaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان

المستفيد من العلاجات : **SAHAR**الاسم العائلي والشخصي : **SAHAR**تاريخ الازدياد : **131021973**رقم بطاقة التعرف الوطنية : **5278102**جنس : **M ذكر** **F أنثى** الجنس : \*  
Sexe : \*  
جنس : \*

## Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدالي للممارس : **10946916166**نوع العلاجات : **علاجات\***Prothèse\* **البلاط السنية\***Orthodontie faciale\* **تقويم الأسنان الوجهي\***Autres\* **علاجات أخرى\***رقم الموافقة المسبقة : **\_\_\_\_\_**في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : **\_\_\_\_\_**تاريخ : **\_\_\_\_\_**أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.Fait à : **CASABLANCA** بـ : **\_\_\_\_\_**Le : **23/04/2020** في : **\_\_\_\_\_**

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

Fait à : **\_\_\_\_\_** بـ : **\_\_\_\_\_**Le : **24/04/2020** في : **\_\_\_\_\_**

توقيع وطابع طبيب الأسنان

Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste

\* ضع العلامة في الخانة المناسبة

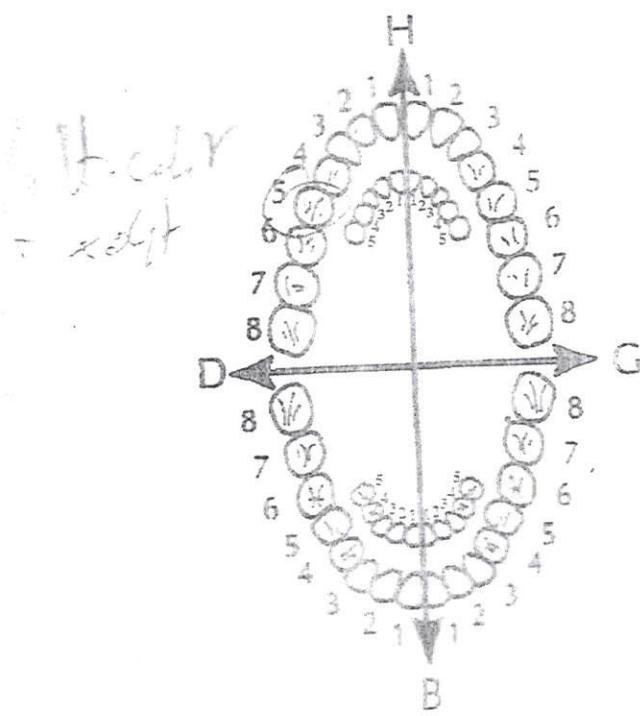
- INP : Identification Nationale du Practicien  
- Cocher la mention utile pour chaque caseدار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء، ص.ب. 2186، الفار البيضاء، المحمدية - الهاتف: 05 22 54 86 07 - الفاكس: 05 22 54 86 73 - الموقع على إنترنت: www.cnss.ma  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P 2186 Casa-Gare-Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma  
مركز يعنى بـ: 05 22 54 86 73  
Centre d'appels 0800 7200

وصف العمليات المجرأة

Description des actes effectués

رقم العمليات	أصناف العمليات	تاريخ العمليات	مدون تعميلات	قيمة تعميل	بيان توقيع	توقيع وطابع طبيب الأسنان
Dents traitées	Code des actes	Date des actes	Lettre N° - Cotisation N°AP	Value n°	Monogramme	Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste

18	10-10-09/2009	9				



Le praticien va grâce à préciser la dent traitée. L'acte pratiqué en indiquant la nature de la dent et son caractère d'après la nomenclature des actes

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.