

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0026213

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3613 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AIT HAMOU LAHCEN  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 06 61 25 50 64 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



### 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

### 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

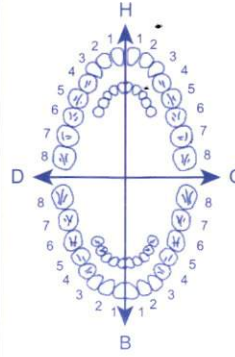
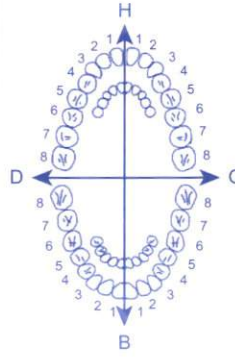
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411              B           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'OA

Nom et prénom du patient : .....

Organisme assureur : .....

NISS : .....

Adresse du patient : .....

### ATTESTATION DE SOINS DONNES

A COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : GUENZAOU Z

Fatiha

Consultation - Visite (1)

Date 26/04/22 N° de nomenclature : 101076

Frais de déplacement : .....

Autres prestations (2)

Date de la prestation	N° de nomenclature	Date de la prestation	N° de nomenclature
(2)	(2)	(2)	(2)

Prescrit par : .....

en date du : .....

Nom et prénom

Numéro d'identification I.N.A.M.I.

du prescripteur : .....

Laboratoire ou appareillage ou service

agréé sous le n° : .....

Date de la réception

de la prescription : .....

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement : .....

Service : .....

(1) Biffer les mentions inutiles

(2) Barrer les cases non utilisées

A.R. 15.07.2002

30

EUR

Identification du dispensateur : .....

21\*0010/08

DR. AMERAOUI HADJER  
1827021303  
RUE GALLAIT 35  
0489934450



Date : 26/04/22

Signature du dispensateur

[Signature]

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE : 0765741259 21\*0010/08

Reçu la somme de : 30 EUR

Date : 26/04/22



**COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'OA**

Nom et prénom du patient : .....

Organisme assureur : .....

NISS : .....

Adresse du patient : .....

---

**ATTESTATION DE SOINS DONNES**

**A COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR**

Nom et prénom du patient : GUCIN ZHOV'Z  
Fatiha

Consultation - Visite (1)  
Date 16/04/22 N° de nomenclature : 101076

Frais de déplacement : .....

Autres prestations (2)

Date de la prestation	N° de nomenclature	Date de la prestation	N° de nomenclature
(2)	(2)	(2)	(2)

**Prescrit par :** ..... Nom et prénom  
en date du : ... / ... / ...  
Numéro d'identification I.N.A.M.I.  
du prescripteur : .....  
**Laboratoire ou appareillage ou service**  
agréé sous le n° : .....  
Date de la réception  
de la prescription : ... / ... / ...  
**Le patient est hospitalisé / ambulancier (1) :**  
N° de l'établissement : .....  
Service : .....


(1) Biffer les mentions inutiles  
(2) Barre les cases non utilisées

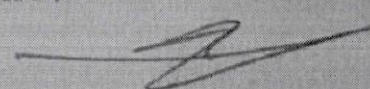
Identification du dispensateur : .....

A.R. 15.07.2002  
30 EUR

21\*0010/08

**DR. AMELADOU HADIER**  
1027021703  
RUE GALLAIT 35  
0489934450

 103026164122 **A**

Date : .....  
Signature du dispensateur : 



REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE : 0765741259 21\*0010/08

Reçu la somme de : 30 EUR

Date :  
Signature

26/04/22  
