

# 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- 0035115

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AZEM MOHAMED  
 Date de naissance : 1947  
 Adresse : 44 Rue 18 Jamila T. CD  
 Tél. : 0669 829262 Total des frais engagés : 250 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20.06.2023  
 Nom et prénom du malade : Azem Med Age: 76 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Dysthyroïdie  
 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 : CASABLANCA

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				
Nos des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/6/2023		CS	Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Maladies Métaboliques et Nutrition Boulevard Dakhla, n°22 Casablanca - Tel: 0539000000	Dr. MOUHAMED MOUSTAFA Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/6/2023		CS	Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Maladies Métaboliques et Nutrition Boulevard Dakhla, n°22 Casablanca - Tel: 0539000000	Dr. MOUHAMED MOUSTAFA Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nos des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/6/2023		CS	Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Maladies Métaboliques et Nutrition Boulevard Dakhla, n°22 Casablanca - Tel: 0539000000	Dr. MOUHAMED MOUSTAFA Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/6/2023		CS	Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Maladies Métaboliques et Nutrition Boulevard Dakhla, n°22 Casablanca - Tel: 0539000000	Dr. MOUHAMED MOUSTAFA Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nos des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/6/2023		CS	Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Maladies Métaboliques Boulevard Dakhla, n°22 Casablanca - Tel: 0539000000	Dr. MOUHAMED MOUSTAFA Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/6/2023		CS	Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie Maladies Métaboliques Boulevard Dakhla, n°22 Casablanca - Tel: 0539000000	Dr. MOUHAMED MOUSTAFA Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

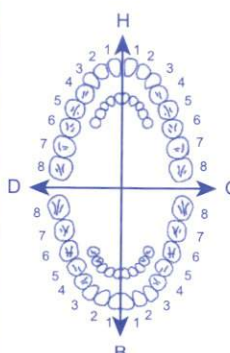
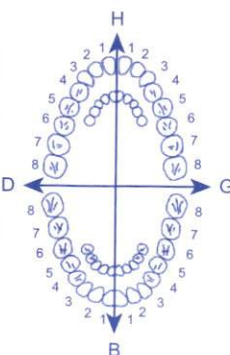
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b> </div> </div>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

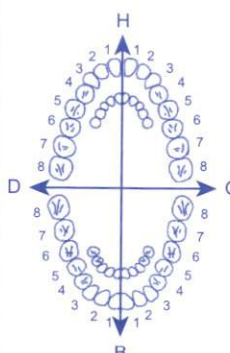
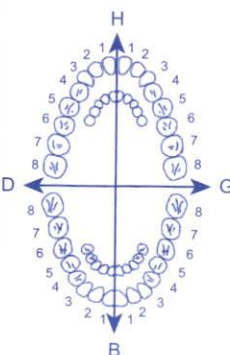
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  00000000  35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  11433553 </div> </div>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

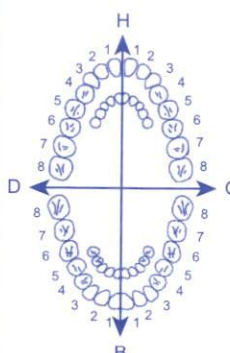
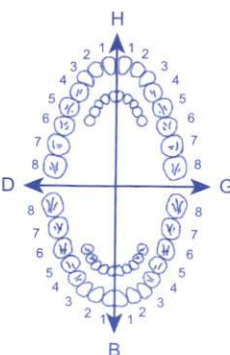
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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															
				<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div>														
<div> <div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div>  </div>	<div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</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 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;">B</td> </tr> </table> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

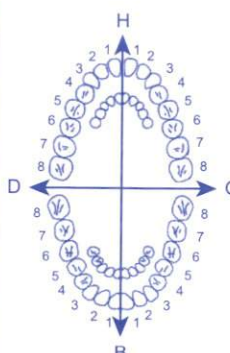
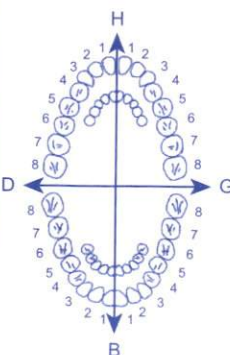
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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.

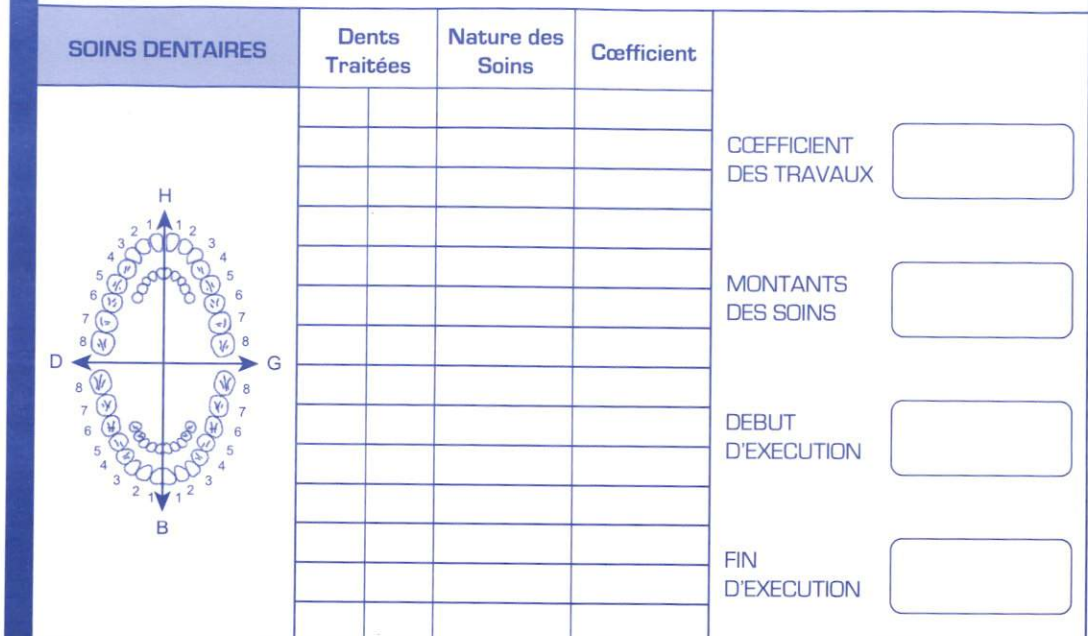
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div>														
<div> <div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div>  </div>	<div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</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 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;">B</td> </tr> </table> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	

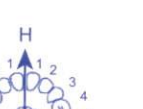
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

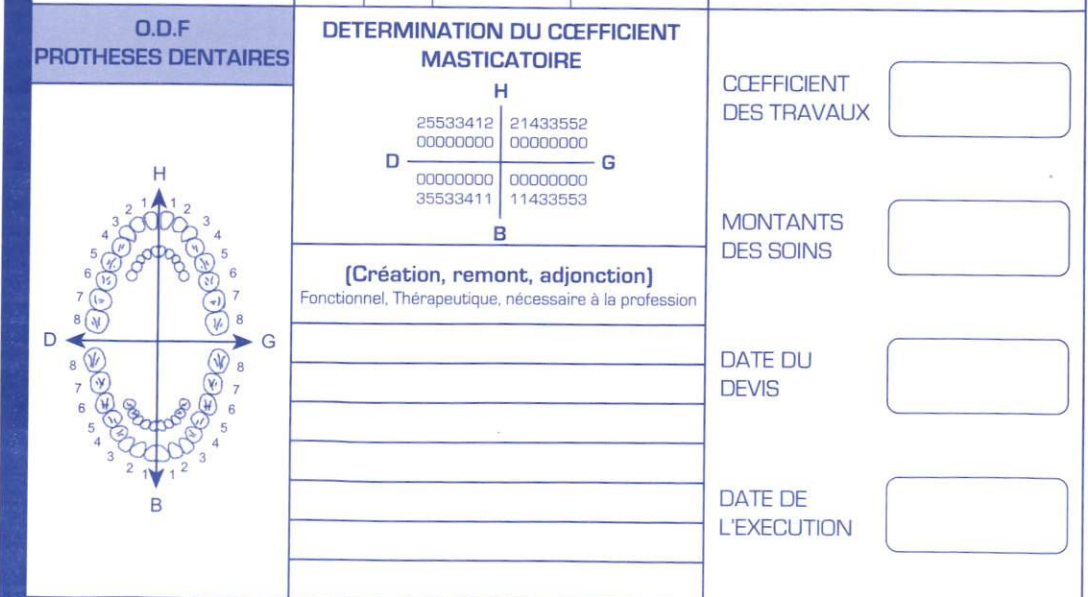
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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"/>

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"/>

[illegible][illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	25533412    21433552 00000000    00000000	G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D	B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS