

**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**

- 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 063036

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12901 Société : AFM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : Toum Bencheboun  
 Date de naissance : 11/01/90  
 Adresse : habituelle  
 Tél : 2111 Total des frais engagés : Chs

163177

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 31/05/23  
 Nom et prénom du malade : Toum Bencheboun Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Prothèse dentaire  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où le malade 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 Le : 31/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° P19-063036

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 :

**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
		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.

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de l'acte.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
	28	Composé	2,50	COEFFICIENT DES TRAVAUX 2,50													
	46	à l'usage	2,50														
	46	Composé	2,50	MONTANTS DES SOINS 1725,00													
	Décauhy et (L'usage) 1/2 1/2																
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX 2,50													
	<table border="0"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433553</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35334111</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433553	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35334111	11433553	MONTANTS DES SOINS 31.000,27	
	H	25533412	21433553														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35334111	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS 21.06.09													
- 1 Cay 15 2,50				DATE DE L'EXECUTION													
- 1 Cay 17 2,50																	
- 1 Cay 37 2,50																	
- 3 Cay X-46-47 54																	
<p><b>DATOUIAR Rachid</b>                  VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                  Ang: Bd Abdourrahmane et Rte d'Al... Casablanca                  Tél: 35/35 35/0522 91 50 89</p>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

VisionPACS

RADIOLOGIE EL OULFA  
TOUM BEN CHEKROUN MOUNA 29/05/2023 13h00m41



RADIOLOGIE EL OULFA

TOUM BEN CHEKROUN MOUNA

Exam:29.05.2023