

# 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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° W19-574917

167446

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7449

Société :

Royal air Maroc  
espagnol

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LABSIR ATAL

Date de naissance :

26.10.1964

Adresse :

56, rue Teamdi Béjaïcha el Mansour 1<sup>er</sup> étage  
Appart 2 étage extérieur

Tél. :

0661183593

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Meryem TECHAOUI  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en Orthodontie  
Ras. Rabii NDC N° 2 Derb Ghallef  
Tél : 022 93 82 04

Cachet du médecin :

Date de consultation :

15/08/2011

Nom et prénom du malade :

Lab'sir Amel

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

soins dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

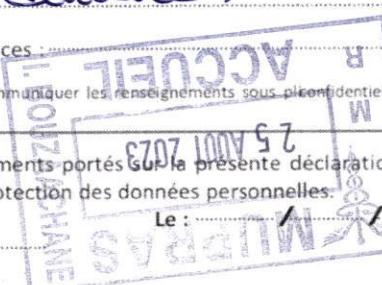
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Le : 15/08/2011

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-574917

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 Particulier	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"/>
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> <b>D<sub>4,00</sub></b>
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> <b>4000</b>
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> <b>24/07/02</b>
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/> <b>15/08/02</b>
			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"/>
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
			<i>Dr. J. M. Chirurgien Dentiste Spécialisé Réadaptation 022 93 42 00 Tel: ...</i>



Casablanca, le : ..... 15/08/15 ..... الدار البيضاء في :

Facture et note de reçu

de patient M<sup>e</sup> Labib Amel  
a recevoir des composites dentaires

dur 14.13.12.M. 81.21.23. 24

et cela l'in montant de  
quatre mille dinars = 4000Dhs

Dr. Lalla Meryem TEGHRAOUI  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en Orthodontie  
Rabii Rez-de-chaussée N° 2 Boulevard Bir Anzarane Derb Ghalef - Casablanca  
Téléphone : 05 22 98 82 04 - Fax : 05 22 25 06 26 - E-mail : teghraoui@gmail.com

إقامة ربيع الطابق السفلي شقة رقم 2 شارع بير أنزاران درب غلف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 82 04 - الفاكس : 05 22 25 06 26 - البريد الإلكتروني : teghraoui@gmail.com