

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12316 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdelhak

CHARAF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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 : .....

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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M20-02746

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 : .....

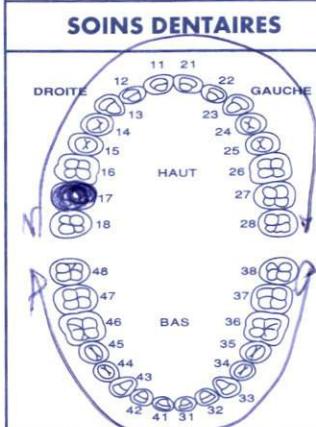
Date de dépôt : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

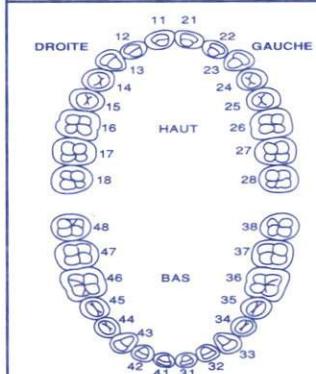
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.



## O.D.F. Prothèses dentaires



Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

DOCTEUR Sanae LEGSAYER  
chirurgien Dentiste  
Quartier Fdelle-Desabre  
Tél.: 0225252525  
Visa Z-Rue Ahmed ENNAFACHE  
Casablanca

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 12316  
Nom & Prénom QUERI'A CHARAF  
Fonction OPH. Phones 0610614049  
Mail

Signature de  
l'adherent

### MEDECIN

Prénom du patient QUERI'A CHARAF ASMAA AIT HAM

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 38

Date 09.09.2022

Date 1ère visite

Nature de la maladie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Signature et  
cachet du  
médecin

MUPRAS

15 DEC. 2020

### PHARMACIE

Date 09.10.2020

Montant de la facture

ACCUEIL

86,00

Signature et  
cachet du  
pharmacien

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des  
Honoraires

AM PC IM IV

CACHET

**Docteur Sanae LEGSAYER**

**Chirurgien Dentiste**

Diplôme d'Études Supérieures de Chirurgie Buccale ( Paris VII )

Diplôme Universitaire d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique ( Paris VII )

Diplôme Universitaire de Pathologie de la Muqueuse Buccale ( Paris VI )

09/09/2020

MME AIT HAMOU ASMAA

Facture

Reçu la somme de mille deux dirhams pour un detartage polissage et  
un composite une face sur la 17.

DOCTEUR Sanae LEGSAYER  
chirurgien Dentiste

7, Rue Ahmed ENNACIRI  
Quartier Palmier Casablanca

Tel.: 022 25 49 80 / Fax : 022 25 49