

# 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

- Reclamation : 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.

N° W19-514585

NSR  
OCC  
WD = 17 kg

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8726**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **FILALI**

*généralement*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'at<sup>h</sup> médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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

N° W19-514585

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

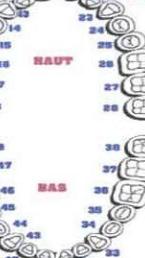
Total des frais engagés :

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
<b>DROITE</b>	<b>12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32</b>				<b>Montant des soins</b>
					
<b>HAUT</b>	<b>13 14 15 16 17 18</b>				<b>Début d'exécution</b>
<b>BAS</b>	<b>48 47 46 45 44 43 42 41 31 32</b>				<b>Fin d'exécution</b>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>
<b>DROITE</b>	<b>12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32</b>	<b>H</b>	<b>25533412</b>	<b>21433552</b>	<b>Montant des soins</b>
		<b>D</b>	<b>00000000</b>	<b>00000000</b>	
<b>HAUT</b>	<b>13 14 15 16 17 18</b>		<b>00000000</b>	<b>00000000</b>	
<b>BAS</b>	<b>48 47 46 45 44 43 42 41 31 32</b>		<b>35533411</b>	<b>11433553</b>	
		<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>
					<b>Fin de</b>



W18-397726

**DATE DE DEPOT**

10.1.07.12019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mie 08726	Signature de l'adhérent						
Nom & Prénom		Fissaoui Aoudia Yousra							
Fonction : GDS		Phones	0661330708						
Mail		fissaoui.yousra@gmail.com							
MEDECIN	Prénom du patient								
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input type="checkbox"/>	Enfant	<input checked="" type="checkbox"/>	Age	14	Date	30/05/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite							
fièvre									
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances									
Nature des actes		Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires					
14				25000					
PHARMACIE		Date		30/5/19					
Montant de la facture		10,30							
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :							
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires							
MÉDICAUX		Date :							
Nombre		Montant détaillé des Honoraires							
IM IV									

Docteur Latifa SADOUQ

Maladies des Enfants et des Nourrissons  
Diplôme d'Allergologie, Asthme de l'Enfant

الدكتورة لطيفة صدوق

اختصاصية في أمراض الطفل  
والرضع

## Ordonnance

Casablanca, le 30 MAI 2019

FICEL A 500 mg/5ml



10,30

Doliprane 4p 500 SV

14p 16p

الدكتورة لطيفة صدوق  
PHARMACIE DES DALIAS  
Dr. S. BOUSFIHA BOUHLAI  
492, Bis Bd. Panoramique  
(Montpellier) - Tel: 0522 527 557

Dr. SADOUQ Latifa Ep. BOUZIANE  
Pédiatre  
Appart. Bd 2 Mars El Oods  
Res. El Maïd Imm. J. El Oods 4  
Casablanca Tel: 0522 527 557

ملتقى شارع 2 مارس و شارع القدس (فوق مقهى كيوطو) الطابق الأول الشقة رقم 4 - الهاتف : 05 22 52 75 43  
Angle Bd 2 Mars Et Bd Qods 1er Etage App. N° 4 - Tél.: 05 22 52 75 43