

## 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 - Bemis Etage Anglo Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 15 [L6] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-514835

WD° = 17539

VS OCC

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8979

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAMIAZI ABOEL HALIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-514835

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 :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## 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	Coef
<b>DROITE</b>	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28				
<b>GAUCHE</b>	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28				
<b>HAUT</b>	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28				
<b>BAS</b>	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28				
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire				
	D	25533412 00000000	21433552 00000000	G	H
		00000000	00000000		
		35533411	11433553		
(Création, Rémont, adjonction) Fourniture thérapeutique nécessaire à la profession					

**VOLET ADHERENT** NOM : ..... Mle .....

DECLARATION N° **W18-381494**

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois**  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-381494

DATE DE DEPOT

12/07/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle **8978**

Nom & Prénom **LAHLAS Abdellah**

Fonction : **CDI** Phones... **0661322272**

Mail **Abdellah.lahs@gmail.com**

MEDECIN

Prénom du patient

**EL ANDALOUS BATUL**

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age **41**

Nature de la maladie

Date **09/06/19**

Date 1ère visite

**AH jyngatogique**

Dr IBN BRAHIM Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique

Bd. Ouar Rabii N° 303 - Oujda Casablanca

Tel : 05 22 90 04 37

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

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

**IBN BRAHIM Khalid**

**Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique**

**Bd. Ouar Rabii N° 303 - Oujda Casablanca**

**Tel : 05 22 90 04 37**

PHARMACIE Date **07/06/2019**

Montant de la facture

**173,60**

**PHARMACIE ET LUXEMBOURG**

**Lamia MEDIDRE**

**21, rue Yasmine les Crêts - Casablanca**

**Tel : 05 22 85 55 56 / 57**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

