

# 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-520280

ND° 19789

Optique

A

Maladie

Dentaire

• Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11968

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MALIKA HANNAH

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/ 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° W19-520280

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Patients Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins
DROITE 12 11 21 22 13 14 15 16 17 18 19 20 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 GAUCHE 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 HAUT 48 49 50 51 52 53 BAS 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
DROITE 12 11 21 22 13 14 15 16 17 18 19 20 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 GAUCHE 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 HAUT 48 49 50 51 52 53 BAS 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63	D	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANT DES SOINS
				Date du devis
				Fin de

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b>	<b>W17-120422</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-120422

DATE DE DEPOT

..... / ..... /201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	
Nom & Prénom		HANNAOUI, Malika	
Fonction :		Phones : 066 14 26 429	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient HANNAOUI MALIKA	
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
		Age 58 ans	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<p><i>Répondu à une femme + Presbytie</i></p>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS			250,00
PHARMACIE		Date .....	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOPHYSIES		Date : .....	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

**Dr. Yasser BENSALAH**



**الدكتور ياسر بن صالح**

Spécialiste des maladies  
et chirurgie des yeux

**Ophthalmologiste**

اختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Ancien médecin de l'hôpital militaire  
d'instruction Mohammed V de Rabat

طبيب سابق بالمستشفی العسكري

Agréé pour le permis de conduire

محمد الخامس بالرباط

معتمد لرخصة القيادة

**19 novembre**

**2019**

**Mme HANNAOUI Malika**

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL :

OD = + 2.75 (- 0.75 à 87°)

OG = + 2.75 (- 0.50 à 97°)

VP :

ODG = Add : + 2.25

22، شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd Yacoub El Mansour - 1<sup>er</sup> étage - Bureau N°12 - Casablanca

Tel: 05 22 23 42 92 -- Gsm : 06 25 25 11 25 -- E-mail : bensalahy@yahoo.fr

**Dr. Yasser BENSALAH**



Spécialiste des maladies  
et chirurgie des yeux

**Ophtalmologiste**

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

Ancien médecin de l'hôpital militaire  
d'instruction Mohammed V de Rabat

Agréé pour le permis de conduire

**الدكتور ياسر بن صالح**

اختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون

طبيب ساينق بمستشفيات باريس

طبيب ساينق بالمستشفى العسكري

محمد الخامس بالرباط

معتمد لرخصة القيادة

**19 novembre  
2019**

**Mme HANNAOUI Malika**

**OPTIPRED**

1 GOUTTE 3 FOIS PAR JOUR, œil droit, 10 jours

22، شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd Yacoub El Mansour - 1<sup>er</sup> étage - Bureau N°12 - Casablanca

Tél. : 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr