

## 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 - 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-610430

60497

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 09342 Société : R.A.M

Actif       Pensionné(e)       Autre

Nom & Prénom : Khabbar Abdennasser

Date de naissance : 14 - 04 - 1971

Adresse : Lot massim bat 968 N° 13 casablanca

Tél. : 0619749010 Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Khabbar Anas Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Sore Stomach

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° W21-610430

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 Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

#### **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				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF				
 <b>SOINS DENTAIRES</b>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <i>094464838</i>
	<i>Dentat</i>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <i>024</i>  MONTANTS DES SOINS <i>402,00</i>  DEBUT D'EXECUTION <i>04/02/2021</i>  FIN D'EXECUTION <i>12/02/2021</i>
	<i>rem</i>			
	<i>av</i>			
	<i>m</i>			
	<i>b25ex</i>			
	 <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
H 26533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 G B				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <i> </i>  MONTANTS DES SOINS <i> </i>  DATE DU DEVIS <i> </i>  DATE DE L'EXECUTION <i> </i>				

**Dr. Karim HODAIBI**

Médecin Chirurgien Dentiste  
Ex-attaché aux CHU  
IBN ROCHD

SOINS • CHIRURGIEN • ORTHODONTIE  
IMPLANTOLOGIE • PROTHÈSE • BLANCHIMENT



**د. كريم هديبي**

طبيب جراح للأسنان

ملحق سابق بالمستشفى

الجامعي ابن رشد

علاج • جراحة • تقويم

زراعة الأسنان • تعويض • تبييض

## FACTURE

Casablanca, le : ..... 12/02/2021 ..... الدار البيضاء، في :

M. Mme Mlle ..... M. H. ABBAS / ANAS

Je Soussigné ..... avoir reçu

la somme de ..... 4000.00 DH (Quatre mille Dirhams)

de la part de Mr (Mme) ..... M. H. ABBAS / ANAS ! ..... pour

soins dentaires  Prothèses dentaires

Délivrée à l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit.

شارع القدس، حي الإنارة 2، عمارة 2E - الدار البيضاء

Bd. El Qods, Hay Inara 2 Immeuble E2, 2ème Etage, Appt 6 - Casablanca

Tél./ Fax : 05 22 21 28 76