

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 002909h

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Selmaoui Malika

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 : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

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) :



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		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE	GAUCHE			
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28			
19 20 21 22 23 24 25 26	29 30 31 32 33 34 35 36			
37 38 39 40 41 42 43 44	33 34 35 36 37 38 39 40			
45 46 47 48	41 42 43 44 45 46 47 48			
HAUT	BAS			
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28			
19 20 21 22 23 24 25 26	29 30 31 32 33 34 35 36			
37 38 39 40 41 42 43 44	33 34 35 36 37 38 39 40			
45 46 47 48	41 42 43 44 45 46 47 48			

O.D.F. Prothèses dentaires

Determination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	
DROITE	GAUCHE	H	
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28	25533412 00000000	21433552 00000000
19 20 21 22 23 24 25 26	29 30 31 32 33 34 35 36	00000000 35533411	00000000 11433553
37 38 39 40 41 42 43 44	33 34 35 36 37 38 39 40		
45 46 47 48	41 42 43 44 45 46 47 48		
HAUT	BAS	D	G
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28		
19 20 21 22 23 24 25 26	29 30 31 32 33 34 35 36		
37 38 39 40 41 42 43 44	33 34 35 36 37 38 39 40		
45 46 47 48	41 42 43 44 45 46 47 48		

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N° P 14 / 0005040



Cachet
MUPRAS

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



P 14 / 0005040

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme

Nom & Prénom

Fonction Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie

Date

Date 1ère visite

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE

Date 13/05/2022

Montant de la facture

2850

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
----	----	----	----	---------------------------------------

CACHET

صيدلية الغفران

PHARMACIE GHOFRANE

الزنقة 2 الرقم 116 بلوك (س) حي القدس سيدى البرنوسي - الهاتف: 022 31 26 73 - الدار البيضاء

Mme HARIOUA Laïla
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلي
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية تور بفرنسا

Salmaouia Kach Melika

Casa, le 13 los 122

FACTURE N° 005383

La Présente Facture est A

LOT : 210649
EXP : 04/2024
PPV : 14,300H

28/30

Signature

Signature

