

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-431690

*HB*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <b>04930</b>		Société : <b>PAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <b>RAFA HASSAN</b>			
Date de naissance : <b>07/03/164</b>			
Adresse : <b>H. Sultane</b>			
Tél. : <b>0666 199817</b>		Total des frais engagés : <b>400 #</b> Dhs	
DR. QUALIDI Said Chirurgien Dentiste 54, Angle Bd Bauchait Doukali et Rue Rahai El Farouki - Souk Laknay Sidi Maârouf "3" Casablanca Tél : 05 22 28 08 38 / 027 21 06 11			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>11/09/2019</b>			
Nom et prénom du malade : <b>RAFA HASSAN</b> Age : <b>16 SEP. 2019</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même		<input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : <b>Sous accouchement</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>ACCUEIL</b>			
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 : **04930** Le : **11/09/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

<p><b>VOLET ADHERENT</b></p> <p>Déclaration de maladie</p> <p>Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p> <p>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</p>	<p>N° W19-431690</p> <p>Matricule : <b>04930</b></p> <p>Nom de l'adhérent(e) : <b>RAFA</b></p> <p>Total des frais engagés : <b>400 #</b></p> <p>Date de dépôt : </p>
--	--

## **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**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

### 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 sains.

#### **Important :**

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	INP : 0194216458									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 912									
	47 cp	912		MONTANTS DES SOINS 4202H									
				DEBUT D'EXECUTION 									
				FIN D'EXECUTION ré 1109119									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 20 SEP. 2019	 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>01143359</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>1143353</td> </tr> </table>	H	25533412	01143359	D	00000000	00000000	B	35533411	1143353	COEFFICIENT DES TRAVAUX g-12-19
H	25533412	01143359											
D	00000000	00000000											
B	35533411	1143353											
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS 									
				DATE DU DEVIS 									
				DATE DE L'EXECUTION 									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISITE CADRE PLATINUM DURANT L'EXECUTION  
**Dr. HASSAN Bousaid**  
Chirurgien Dentiste  
54, Angle Bd. Pouchaib Boukali  
et Rue Bahia El Farouki - Souk Laknaa  
Sidi Maârouf 3<sup>e</sup> Casablanca  
Tel. 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11

**DR. OUALIDI Said**  
Chirurgien Dentiste  
54, Angle Bd. Bouchairb Doukali  
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa  
Sidi Maârouf "3" - Casablanca  
Tél : 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11

Le : 11/09/19

## ORDONNANCE

N<sup>o</sup>: Baba Hassan

Recu :

21 SEP. 2019

Déjà R<sup>e</sup> le  
9-4-19.

La somme de quatre cent  
dirhams (400DH) pour  
les soins dentaires

**DR. OUALIDI Said**  
Chirurgien Dentiste  
54, Angle Bd. Bouchairb Doukali  
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa  
Sidi Maârouf "3" - Casablanca  
Tél : 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11