

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : 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° W19-431690

*RA*

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04930 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RA BA HASSAN

Date de naissance : 02/03/1964

Adresse : Ha. S. H. H. H.

Tél. : 0666/199817 Total des frais engagés : 400 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. OUALIDI Said  
Chirurgien Dentiste  
54, Angle Bd. Boucharb Doukhal  
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknass  
Sidi Maarouf "3" - Casablanca  
Tél : 05 22 28 00 38 / 027 21 06 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/09/2019

Nom et prénom du malade : B. B. H. H. H. Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

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 : Casablanca Le : 11/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-431690

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 : 04930

Nom de l'adhérent(e) : RA BA HASSAN

Total des frais engagés : 400 #

Date de dépôt : .....

# RELEVÉ 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
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

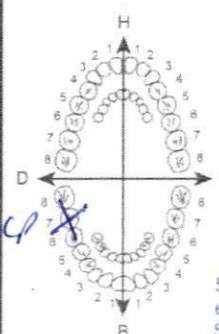
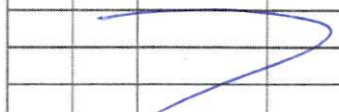
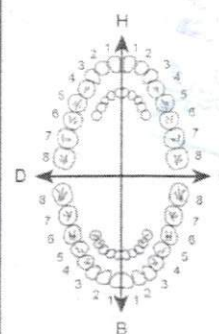
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 099216458		
	47	cp	212	COEFFICIENT DES TRAVAUX 212		
				MONTANTS DES SOINS 42024		
				DEBUT D'EXECUTION		
				FIN D'EXECUTION 1109119		
				O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
						25533412 25533412 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553
				[Création, remont, adjonction]		
				Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				DATE DU DEVIS		
				DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
 DR. OUALIDI Said  
 Chirurgien Dentiste  
 54, Angle Bd. Bouchaib Boukhalil  
 et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa  
 Sidi Maarouf 3 - Casablanca  
 Tél. 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11

DR. OUALIDI Said

Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd Boucharb 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

M<sup>r</sup> Baba Hassan

Recu :

20 SEP. 2019

J'ai reçu le  
9-4-19.

La somme de quatre cent  
dinars (400 DH) par  
les soins dentaires

DR. OUALIDI Said

Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd Boucharb Doukali  
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa  
Sidi Maârouf "3" - Casablanca  
Tél 05.22 28 08 38 / 027 21 56 11