

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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° P19-0035233

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6713 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : HAJOUARDA FATIHA

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 : .....

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-035233 27 SEP. 2019

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Matricule : .....

Il sera nécessaire de le présenter pour toute Nom de l'adhérent(e) : .....

réclamation ultérieure. Total des frais engagés : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e). Date de dépôt : .....



# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
	26	RNG		300
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
	27 SEP. 2019			



W18-404481

DATE DE DEPOT

22/09/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6713	
Nom & Prénom		HAJOLARDA FATIMA	
Fonction		Pharmacie Senior	
Mail		2431	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent		Conjoint	
Age		28/04/60	
Date		24/06/19	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Soins dentaires	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	
RNG		300	
Montant détaillé des honoraires		300	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM		PC	
IM		IV	

Chirurgien-Dentiste

Diplômée de la Faculté de Chirurgie Dentaire  
de Montpellier

Sur rendez-vous

**FACTURE**

Pat : 35704627 - ICE : 001848153000064  
I.F. : 40710364 - CNSS : 2588632

Mme HASOUARDA FATMA

Bien reçue la somme de  
300 DH (Trois cents Dirhams)  
pour le soin effectué

Blk (26) 

01 OCT, 2019

Dr Miryam BELGNAOUI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Ang. de Norr. 1109  
Majal. Maarif  
0322 22 22 22  
WCA

**FONA**

Créé le 24/06/2019 par Anonyme à l'aide de CDR Dicom par Schick Technologies, Inc



DR Miryam BELGNAOUI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Ang. de la Nori  
Majani Maârif  
1932