

# 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.

## Education :

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° P19-0035238

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7772 Société : .....

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


Nom & Prénom : WARDINE FATIHA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 068 12 74 09 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° P19-035238 EP. 2019

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 : .....



# 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
	14	Radio	T6	Coefficient des travaux 600 Début d'exécution 9-7-19 Fin d'exécution 15-7-19
	15	Radio	T6	
	16	Radio	T6	
	17	Radio	T6	
	24	Radio	D12	Coefficient des travaux 600 Début d'exécution 9-7-19 Fin d'exécution 15-7-19
	25	Radio	D12	
	26	Radio	D12	
	27	Radio	D12	
	34	Radio	D12	Coefficient des travaux 600 Début d'exécution 9-7-19 Fin d'exécution 15-7-19
	35	Radio	D12	
	36	Radio	D12	
	37	Radio	D12	

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	Coefficient des travaux 600 Début d'exécution 9-7-19 Fin d'exécution 15-7-19
	G 21433552 00000000 00000000 11433553	
	(Création, Remont, adjonction)	
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Dr. Yakoubi SOUSSANE  
EL ABED  
Chirurgien Dentiste  
Tel: 05.22.93.50.55



W16-058796

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7720
Nom & Prénom		WARDINE
Fonction	Fatiha	Phones 0668 427469
Mail		F.Wardine@ramoudin.com
MEDECIN		Prénom du patient WARDINE FATIHA
Adhérent	Conjoint	Enfant
Nature de la maladie		Age 27
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 09/07/19
Nature des actes		Nbre de Coefficient
Radio		T6
Début d'exécution		D12
Fin d'exécution		D12
Montant de la facture		Montant détaillé des honoraires
Date		200 / 200 / 600
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : .....
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
IV		

Signature de l'adhérent  
Signature de l'adhérent

Yakoubi SOUSSANE  
EL ABED  
Chirurgien Dentiste  
Tel: 05.22.93.50.55

Signature et cachet du Pharmacien

CACHET

CACHET

CACHET

Casablanca, Le : 2019- 7-15

Nom Du Patient : Wardine Fatiha

## Facture

Dent N°	Traitement à effectuer	Coefficient	Honoraires
14-15	Consultation radiographie	T6	200
	Détartrage haut	D12	200
	Détartrage bas	D12	200
Total			

Le montant de soins s'élève à 600 dhs.

## Radiographie



Dr. Yakoubi SOUSSANE  
EL ABED  
Chirurgien Dentiste  
Tel: 05.22.93.50.55