

# 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

- 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° P19-0035401

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique 6223

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01325 Société : .....  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : JAADANE Mohammed  
 Date de naissance : 14/03/1950  
 Adresse : 24, Rue AL Fostouk Bujda  
 Tél. : 0663609004 Total des frais engagés : .....

### 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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, 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° P19-0035401

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.  
 Matricule : 1325  
 Nom de l'adhérent(e) : Jaadane  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

104380

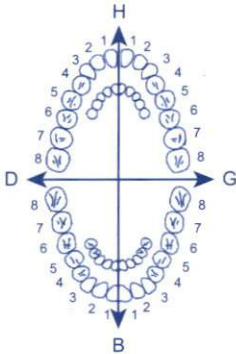
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td></td><td>B</td><td></td></tr><tr><td></td><td colspan="2">35533411</td></tr><tr><td></td><td colspan="2">11433553</td></tr></table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000		B			35533411			11433553	
	H																				
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	D	G																			
00000000	00000000																				
	B																				
	35533411																				
	11433553																				
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																				
	Implant sur 6 3h, 36																				
	Cronome Full Zone																				
	36																				
	3h, 35, 36																				

CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Implant sur 6 34,36

Gomme Full Zone  
sur 6 34,35,36

Visa et Cachet du Praticien Attestant le Devis  
 Clinique Dentaire Tarek  
 114, Avenue de la République  
 93000 La Plaine St Denis  
 www.cliniquedentairetarek.fr

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## CLINIQUE DENTAIRE TARGA

114 Jawahara II

MARRAKECH

Tel: 05 24 49 81 67

[www.cliniquedentairetarga.com](http://www.cliniquedentairetarga.com)

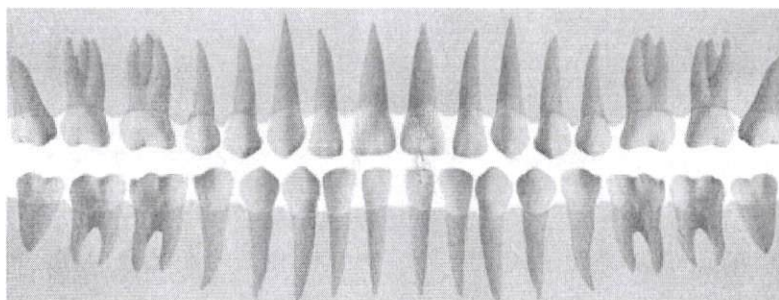
[cliniquedentairetarga@gmail.com](mailto:cliniquedentairetarga@gmail.com)

### DEVIS

mardi 8 octobre 2019

Madame JELTI Fatiha

1



Dent	Montant	Libellé
34-36	18000,00dh	implant
34-35-36	7000,00dh	couronne full Zircane
<b>TOTAL</b>	<b>25000,00dh</b>	

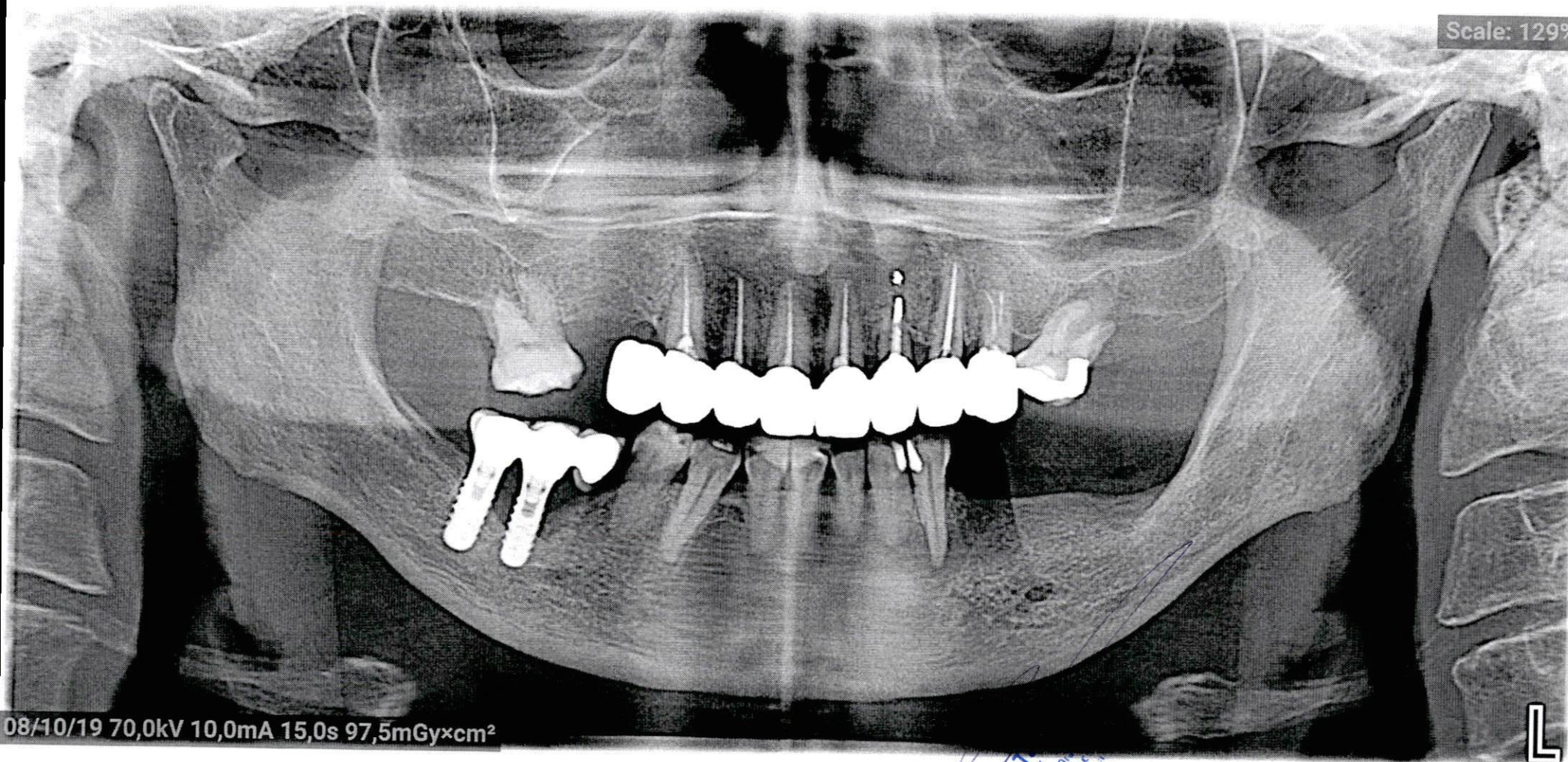
signature et cachet:

**Clinique Dentaire Targa**  
Dr. Younes KALAKHY  
Spécialiste Chirurgie et Implantologie Orale  
114, Jawahara 2 Targa, Marrakech  
dr.youneskalakhy@cliniquedentairetarga.com  
[www.cliniquedentairetarga.com](http://www.cliniquedentairetarga.com)



Jelti Fatiha  
DOB: 20/07/54  
ID: 154300

Scale: 129%



08/10/19 70,0kV 10,0mA 15,0s 97,5mGy×cm²