

# 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.

## 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.

## Prothèse 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- 0037672

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06503 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DIANE MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1981

Adresse : 429, Bd Abdel Houmen CASA

Tél. : 0661455723 Total des frais engagés : 200,00 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 fournis 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) : ACCUEIL



# 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.

## 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.

## Educations :

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.

## Maladie chronique :

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° S19-0018300

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 5289 Dentaire

Matricule : 06503 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Diane Mohamed Date de naissance : 01/01/1964

Adresse :

Tél. : 0661 45 57 73 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° S19- 0018300

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
	46	GA	D=10
<b>Coefficient des travaux</b> D=10			
<b>Montant des soins</b> #200,00			
<b>Début d'exécution</b> 			
<b>Fin d'exécution</b> 			
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>			
	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> 
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   G 00000000   00000000 35533411   11433553		<b>Montant des soins</b> 
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> 
			<b>Fin d'exécution</b> 

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : _____	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0051366	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 051366

DATE DE DEPOT  
/ /201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 06503
Nom & Prénom <u>DIANE MOHAMED</u>		
Fonction <u>RETRAITE</u>	Phones <u>0661455773</u>	
Mail <u>mohamed.diane@centraaliens.net</u>		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>Diane Mohamed</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age _____		Date <u>30/8/19</u>
Nature de la maladie <u>Soins - Dentaire</u>		Date 1ère visite <u>30/8/19</u>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances _____		
Nature des actes <u>GA</u>	Nbre de Coefficient <u>D=10</u>	Montant détaillé des honoraires <u>#200,00</u>
<b>PHARMACIE</b> Date _____ Montant de la facture _____		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date _____ Désignation des Coefficients _____ Montant détaillé des Honoraires _____		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date _____ Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires _____		

Dr. Salah-eddine JELLOUL

Chirurgien Dentiste

Soins - Chirurgie  
Prothèse - Radios

Orthodontie



صلاح الدين جلول

طبيب جراحي للأسنان

علاج - جراحة

تعويض - أشعة

تقويم

Dr. SALAH-EDDINE Jelloul  
Chirurgien Dentiste  
40, Bd. Abderrahim Bouabid 2ème Etage  
(Près Collège Ibn Khaldoune) Lot. Tissir 2  
Berrechid - Tél. 0522 32 63 07

Berrechid Le :

30/8/9

Mohamed Mame

Matelham

Extract 46 #200,00

VS = 10

Dr. SALAH-EDDINE Jelloul  
Chirurgien Dentiste  
40, Bd. Abderrahim Bouabid 2ème Etage  
(Près Collège Ibn Khaldoune) Lot. Tissir 2  
Berrechid - Tél. 0522 32 63 07

40, Bd. Abderrahim Bouabid - 2ème Etage - (Près Collège Ibn Khaldoune) - Lot. Tissir 2 - Berrechid  
40. شارع عبد الرحيم بوعبيد - الطابق الثاني - قرب إعدادية ابن خلدون - تجزئة تيسير 2 - برشيد

الهاتف : 05 22 32 63 07

Dr. Salah-eddine JELLOUL

Chirurgien Dentiste

Soins - Chirurgie  
Prothèse - Radios

Orthodontie Jelloul

Dr. SALAH-EDDINE Jelloul  
Chirurgien Dentiste  
40, Bd. Abderrahim Bouabid 2ème Etage  
(Près Collège Ibn Khaldoun) Lot. Tissir 2  
Berrechid - Tél. 0522 32 63 07



صلاح الدين جلول

طبيب جراحي للأسنان

علاج - جراحة

تعويض - أشعة

تقويم

Berrechid Le :

30/8/19

Dr. Salah Eddine

IF = 928 83749

ICE = 00 17 0107 7000033

In/Pe = 064163 824

Tel = 05 22 32 63 07

Dr. SALAH-EDDINE Jelloul  
Chirurgien Dentiste  
40, Bd. Abderrahim Bouabid 2ème Etage  
(Près Collège Ibn Khaldoun) Lot. Tissir 2  
Berrechid - Tél. 0522 32 63 07

40, Bd. Abderrahim Bouabid - 2ème Etage - (Près Collège Ibn Khaldoun) - Lot. Tissir 2 - Berrechid  
40, شارع عبد الرحيم بوعبيد - الطابق الثاني - قرب إعدادية ابن خلدون - تجزئة تيسير 2 - برشيد

الهاتف : 05 22 32 63 07