

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ntaire :

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.

## ladie 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- 0040762

RID

114658

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8134

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DR B. Hicham

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 :	.....		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-040762

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF



W18-383603

**DATE DE DEPOT**

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8134	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom ARIB HICHAM				
Fonction : TECH. ARDO		Phones. 06.64.72.47.01		
Mail h_arib@hotmail.com				
MEDECIN	Prénom du patient ARIB HICHAM			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 80	Date 21/12/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
GOUTIÈRE OCCLUSALE MAXILLAIRE				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
-				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE	Date			
Montant de la facture				
MURRAS				
ANALYSES - RADIographies Date				
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires 27 DEC. 2019			
ACCUEIL				
AUXILIAIRES MEDICAUX Date				
Nombre				
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

**Dr Hicham SKIREDJ**

**Chirurgien Dentiste**

**Spécialiste en Parodontologie  
et Implantologie**

**Esthétique Dentaire et Gingivale**

**Blanchiment des Dents**

**Diplômé de la Faculté de Monastir**

**Diplômé de l'Université de Paris**



**الدكتور هشام سكريج**

**طبيب جراح للفم والأسنان**

**اختصاصي في أمراض اللثة**

**وزرع الأسنان**

**خريج كلية المنستير**

**خريج جامعة باريس**

Casablanca, le 21.12.19

الدار البيضاء في

Facture

Abd B Hicham

Coût du soin de la dent

montant: 600,00 DH

Dr. Hicham SKIREDJ  
Chirurgien Dentiste - Spécialiste  
en Parodontologie - Implantologie  
11, Rue Lavoisier - Quartier des Hôpitaux  
Tél. 022-86-18-69 GSM: 062-56-81-42  
CASABLANCA

11 زنقة أبو حسن عسكري (لافوازي سابقا) إقامة كنزي الطابق 3 الشقة 8 الدار البيضاء

11, Rue Abou Hassan Askari(ex. Rue Lavoisier) Résidence KENZI 3ème Etagé Appt.8 , Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél.: 0522 861 860 - Urgences : 0661 13 64 88 - E-mail : hicham.skiredj@hotmail.fr