

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.

Diagnostic 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 :

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- 0040762

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8134 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARIB Michan

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31 DEC. 2019

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° P19-040762

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins
				D20
				6001,00
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				21/12/19
				Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Date du devis
O.D.F. Prothèses dentaires Détermination du coefficient masticatoire H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				Fin de

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-383603	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-383603

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8134
Nom & Prénom ARIB H'CUAM		
Fonction : DRCH ARRO	Phones 06.64.22.42.09	
Mail h_arib@hotmail.com		
MEDECIN	Prénom du patient ARIB H'CUAM	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age PO	Date 21/12/19
Nature de la maladie GOUTTIERE OCCLUSIVE MAXILLAIRE		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		
Montant de la facture		Date
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
Date 27 DEC. 2019		
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
IV		

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 سكيرج

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

Coatillon occlusale Nouvelle

Montant: 600,00 dh

Dr. Hicham SKIREDJ
Chirurgien Dentiste Spécialiste
en Parodontologie - Implantologie
11, Rue Lavoisier - Quartier des Hôpitaux
CASABLANCA
Tél: 022-86-18-80 GSM: 062-56-81-42

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 Etage Appt.8 , Quartier des Hôpitaux - Casablanca

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