

# 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.

## 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

- 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- 0040583

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 006152 Société : RHO 15637

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hennaoui H. H. H. H.

Date de naissance : 01/10/1940

Adresse :

Tél. : 0637.61.61.43 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 donnés 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- 040583

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
	45	CCI	D10	<b>Montant des soins</b> 600,00 <b>Début d'exécution</b> 12/11/19 <b>Fin d'exécution</b> 26/11/19
	47	CCI	D10	

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553	<b>Montant des soins</b>  <b>Date du devis</b>  <b>Fin d'exécution</b>
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

Visu et cachet du praticien attestant le devis

Docteur EL BEYEL Mostafa  
Chirurgien Dentiste  
Rue Anoual (Rés. El Anoual) - BORDJ 22 EL ALGER  
Tél : 05 35 63 93 14 - OUIJA

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle
<b>DECLARATION N°</b> P 14/0029221		
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		



P 14/ 29221

DATE DE DEPOT  
Enregistré 12/2019

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 00452
Nom & Prénom <u>MESSAOUDI HEUNAD</u>		
Fonction <u>RETRAITE</u>	Phones <u>0637616143</u>	
Mail _____		

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>TAHRI RAHMA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>1946</u>
Nature de la maladie			Date <u>26/11/19</u>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u>NON</u>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		INP 084023589 600,00 DH

<b>PHARMACIE</b>	Date
Montant de la facture	

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	CACHET	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
				CACHET

**Docteur EL BEYBI Mostafa**

**Chirurgien Dentiste**

Rue Anoual (Résidence El Baraka)

2ème Etage - N° 11

Tél. : 05 36 68 93 14 - OUJDA



**الدكتور البايبي مصطفى**

**طبيب جراحى للأسنان**

زنقة أنوال (إقامة البركة)

الطابق 2 - رقم 11

الهاتف : 05 36 68 93 14 - وجدة

وجدة، في 26/11/20..... Oujda, le

Fadher M<sup>me</sup> TAHRI Rahma

Je soussigné certifie

que M<sup>me</sup> TAHRI RAHMA a subi des  
s- dentaire sur les dents n° 45 et 47  
cf D20 prix payé des s- s'élève  
à la somme de 600,00 DH  
Six cent dinars

INP : 084023589

INP : 084023589

ICE : 001638407000055

~~Docteur EL BEYBI Mostafa  
Chirurgien Dentiste  
Rue Anoual (Résidence El Baraka) 23 EL N° 11  
Tél. : 05 36 68 93 14 - OUJDA~~