

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

N° W19-514839

N° D = 17542

MR  
OCC  
RAD

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8979

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAMLAZI ABDEL HALIM.

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 :

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° W19-514839

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	Coefficient des soins
					215
		Rx. pano	215		
					200,00
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H			
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la profession			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Dr. EL BOURY Chakib Chirurgien Dentiste Résidence Nada Argie Bd. El Qods Stade Alorouba Sidi Maârouf Casablanca Tél : 05 22 88 8 27			
VOLET ADHERENT NOM :		Mme			
DECLARATION N°		W18-390352			
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					



W18-390352

DATE DE DEPOT

29/06/19

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

89 Fq

Signature de l'adhérent

Nom & Prénom LAHLALI Abla Hali

Fonction CD B Phones 0661 32 277

Mail La.lalali.hali.info@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient Yassine

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 12 Ans Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

--	--	--

PHARMACIE

Date 25/06/19

Montant de la facture

Signature et cachet du médecin

Pharmacie RABIAL MOUSTAKAL  
Rabit Al Moustaqal  
Docteur en Pharmacie  
Lot. Al Moustaqal Casablanca  
Sidi Maârouf Casablanca  
Tél. Fax: 02 22 88 8 27

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

--	--

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
--------	---------------------------------

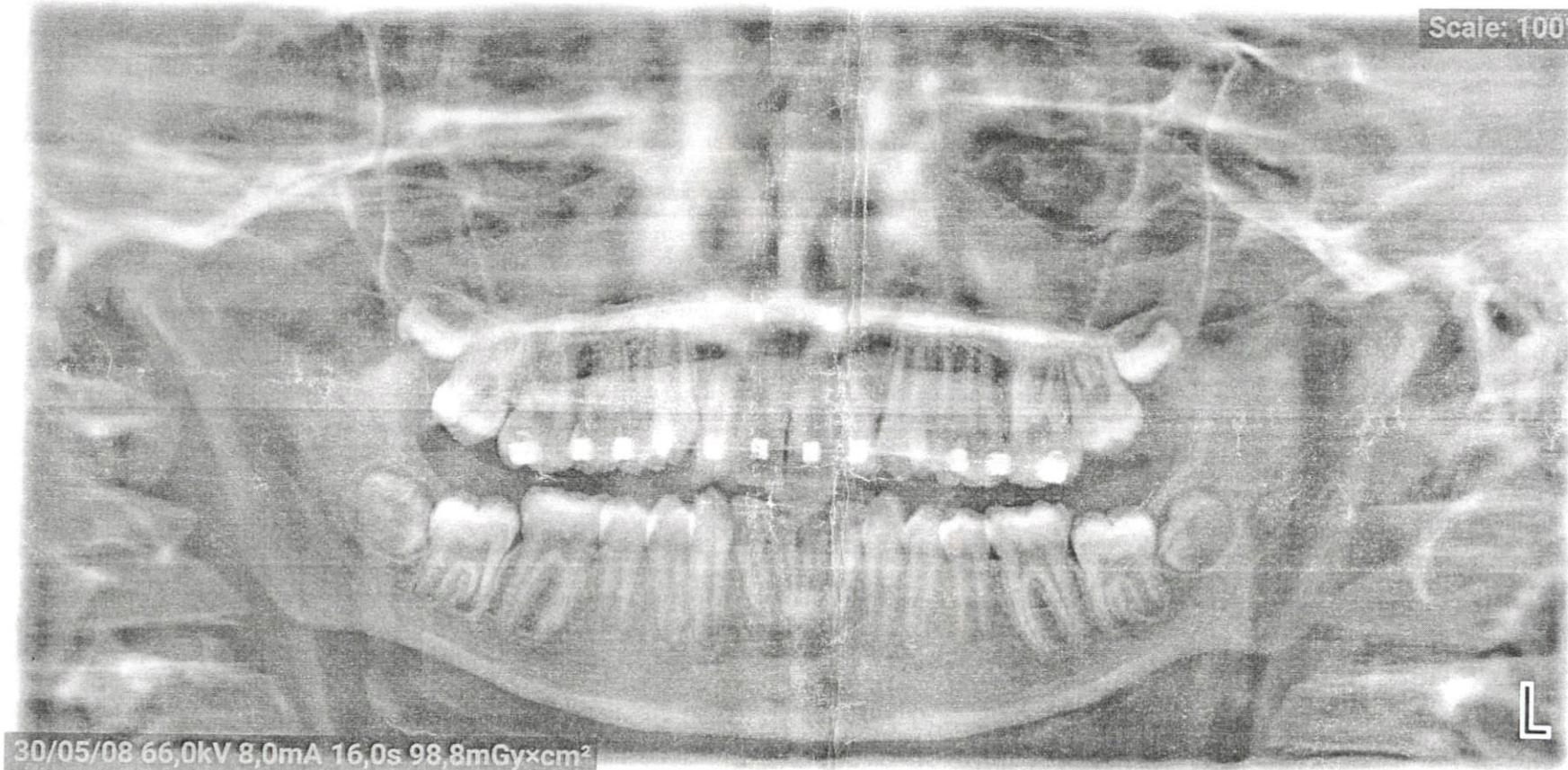
AM	PC	IM	IV	
----	----	----	----	--

CACHET



DOCTEUR EL BOURY CHAKIB  
CHIRURGIE DENTAIRE - ORTHODONTIE  
IMPLANTOLOGIE - DENTISTERIE ESTHETIQUE  
RADIOLOGIE NUMERIQUE  
DIPLOME DE FRANCE ET DU CANADA  
Centre Nada Angle Bd El Qods  
et Rue Abou Bakr El Kadir  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél : 05 22 78 68 27

LAHLALI YOUSSEF



1 ANGLE BD AL QODS ET ABOU BAKR EL KADIRI – RESIDENCE COLLABORATION – SIDI MAAROUF 20270  
CASABLANCA TEL : 0522 78 68 27 – 06 84 64 56 70 EMAIL : elbourychakib@hotmail.com