

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- Reclamation : 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 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-514843

N° 17543

RID

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

17543

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LANI LANI ABOU EL HAJ JAH

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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Matricule :

N° W19-514843

Nom de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

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).

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.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				D 24	
				Montant des soins 12000	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		
Visa et cachet du praticien attestant le devis		<p><b>Zenith Dentistry Center</b> Docteur Najwa BOUZOUBAA 237, lotissement Al Ghadoura Sidi Maâa, côte de Maroc California Tél. 052 150 150 Fax 052 2227790</p> <p>Mme</p>			
VOLET ADHERENT	NOM :				
DECLARATION N°	W18-390348				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
<p><b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b></p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>					



W18-390348

DATE DE DEPOT

...../201...

MAPAD

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 8979	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom LAHLASI . Abdelhakim		Fonction : CDB	Signature de l'adhérent
Phones. 06 61 32 23 70			
Mail Lahla.hakim@gmail.com			
MEDECIN		Prénom du patient Youssef	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age 12 Ans		Date	
Nature de la maladie Soin dentaire		Date 1ère visite	
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			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Signature et  
cachet du  
médecin

Signature et  
cachet du  
Pharmacien

CACHET

CACHET