

# 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

<input type="checkbox"/> Réclamation	: contact@mupras.com
<input type="checkbox"/> Prise en charge	: pec@mupras.com
<input type="checkbox"/> 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-408632

### Maladie

### Dentaire

### Optique

CA

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

08619

Société :

Cas2 Aero

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELEMLIH

NABIL

Date de naissance :

02/10/1971

Adresse :

Habituel

Tél. :

06 61 62 75 07

Total des frais engagés :

299,30

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BOUDAD Latifa  
Médecin Général  
Lot Anaelim Imm, A20 N°3 Oulfa  
CASABLANCA - Tél: 05 22 91 32 44

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Bélemlih Nabil

Age:

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Age 01/11/2019, Bélemlih

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 : CASA

Le : 01/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Latifa

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>																
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="checkbox"/>																
				<b>Montants des soins</b> <input type="checkbox"/>																
				<b>Début d'exécution</b> <input type="checkbox"/>																
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="checkbox"/>																
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>25523412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		D		B		25523412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H		G																		
D		B																		
25523412	21433552	00000000	00000000																	
00000000	00000000	35533411	11433553																	
		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="checkbox"/>																		
		<b>Montants des soins</b> <input type="checkbox"/>																		
		<b>Date du devis</b> <input type="checkbox"/>																		
		<b>Date de l'exécution</b> <input type="checkbox"/>																		

# Docteur Latifa BOUDAI

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca



LOT: MG188  
PER: 02/2021  
PPV: 69,00 DH

بالدار البيضاء

Casablanca, le : ٢٠١٩ OCT ٢٠١٩  
الدار البيضاء، في :

Behmellih wassia

69,00

- Biovanic 500



PPV:21DH50  
PER:05/21  
LOT:II387

37,80

٢١٢٧ (٢٠١٩)

- Flubron



٢١٣٥ + ٣١٢

21,50

M. grisege

١ gel + ٣١٢



PPV:20DH00  
PER:03/22  
LOT:II717

22,00

- Dolicopine



Fluibron® 0,3%

Ambroxol  
38,80

DR Latifa BOUDAI, Pharm.D.  
Casablanca