

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Dossn  
11120



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9948

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

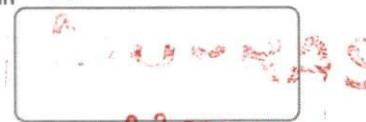
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



02 DEC. 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-474534

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 : 9298

Nom de l'adhérent(e) : Ben Abdellah

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	<b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			
	D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT		NOM : _____		Mme _____	
DECLARATION N°		W18-366943			
Date de Dépot	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					



W18-366943

DATE DE DEPOT

28/11/2019

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

9278

Nom & Prénom : BEN DOURD MOUNA

Fonction : AGT DENT | Phones : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### MEDECIN

Prénom du patient : \_\_\_\_\_

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : \_\_\_\_\_ 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 : 25/11/2019

Montant de la facture : \_\_\_\_\_

Quarante cinq dinars  
#45,00 DH#

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : \_\_\_\_\_

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : \_\_\_\_\_

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



## Facture N° FAC-13367

Date : 25/11/2019



BENDOURO MOUNA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
ZOVIRAX CR 5% 2G CREME	1	45,00	45,00
<hr/>			
Total Organisme		0 DHS	
Total Client		45,00 DHS	
<b>Total</b>		<b>45,00 DHS</b>	

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-cinq DHS

PHARMACIE DES JARDINS  
Dr. JABOR Sanaa  
Avenue Mohammed 6, Km 18  
CGI - Rabat  
Tél/Fax : 05 37 01 10 40