

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-474534

Dosn  
11120

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9278 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDOURO Nouria

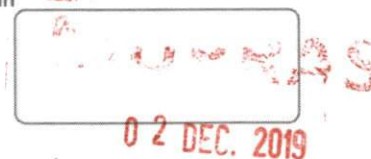
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : 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 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° W19-474534

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 : 9278

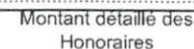
Nom de l'adhérent(e) : BENDOURO Nouria

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



<b>SOINS ET PROTHESES DENTAIRES</b>																
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												
				<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;">           D           <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td>25533412</td><td>H</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: right;">           G         </div> </div>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <b>Date du devis</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <b>Fin de</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000		00000000													
	35533411		11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>														
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....		<b>Mle</b>												
DECLARATION N°		<b>W18-366943</b>														
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																



Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT

GSK  
GlaxoSmithKlineVoie  
cutanée

crème

**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
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