

## 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'entête 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'entête 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <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 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



179740

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024087

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>11645</u>	Société : <u>RAT</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ELIDRISSI Taha</u>	Data de naissance : <u>06/07/1974</u>		
Adresse : <u>polo urbain NOUACEUR</u>	Tél. : <u>066.1062.069</u>	Total des frais engagés :	<u>Dhs</u>

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<u>Dr. Hanane BOUZIDI</u> Chirurgien Dentiste Orthodontiste 12, Bd El Oode, Rés JET CENTRE 4 <sup>e</sup> Etage, Bur 21 - Casablanca Tel: 0522 87 47 38 Email: drhanane79@gmail.com		
Date de consultation : <u>19/10/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>KERCHAOUS ALHADJ ASHRAF</u>	Age : <u>16ans</u>		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>OP</u>			
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) : Toufik

### VOLET ADHERENT

#### Déclaration de maladie N° P19- 0024087

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Date de dépôt : .....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
50				

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>												
<p><b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b></p>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
				<b>300 DT</b>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
				<b>3000 DT</b>												
				<b>DATE DU DEVIS</b>												
			<b>18-10-23</b>													
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b>													
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>3ème <i>remonte</i></p> <p><i>100%</i></p> <p><i>Dr. Hanane BOUZID</i> Chirurgien Dentiste Visa et Cachet du Praticien attestant l'Execution 12, Bd El Ouardia, Béjaïa, Algérie Av. Elouaïda, Béjaïa, Algérie Email: bsa_hanane79@gmail.com</p>																
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																