

## 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, parodontologie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en séance.  
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.

### Imagerie 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.

### Éducation :

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.

### Prothèse :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° S19-0048499

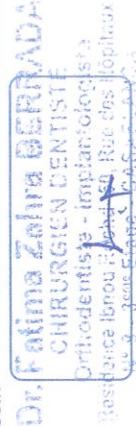
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : ..... Société : ..... **183464**  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 / 11 / 2023  
Nom et prénom du malade : EL NTRAÏ N. R. Age : .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Dents pour soins curatifs  
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° S19- 0048499

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 : .....  
Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chet et signature du atoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.  
Important :  
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	
	4	CF	D <sub>6</sub>	
	4	T-couronne 2 T-couronne 3 T-couronne 4 T-couronne 5 T-couronne 6 T-couronne 7 T-couronne 8 T-couronne 9 T-couronne 10 T-couronne 11 T-couronne 12 T-couronne 13 T-couronne 14 T-couronne 15 T-couronne 16 T-couronne 17 T-couronne 18 T-couronne 19 T-couronne 20 T-couronne 21 T-couronne 22 T-couronne 23 T-couronne 24 T-couronne 25 T-couronne 26 T-couronne 27 T-couronne 28 T-couronne 29 T-couronne 30 T-couronne 31 T-couronne 32 T-couronne 33 T-couronne 34 T-couronne 35 T-couronne 36 T-couronne 37 T-couronne 38 T-couronne 39 T-couronne 40 T-couronne 41 T-couronne 42 T-couronne 43 T-couronne 44 T-couronne 45 T-couronne 46 T-couronne 47 T-couronne 48 T-couronne 49 T-couronne 50 T-couronne 51 T-couronne 52 T-couronne 53 T-couronne 54 T-couronne 55 T-couronne 56 T-couronne 57 T-couronne 58 T-couronne 59 T-couronne 60 T-couronne 61 T-couronne 62 T-couronne 63 T-couronne 64 T-couronne 65 T-couronne 66 T-couronne 67 T-couronne 68 T-couronne 69 T-couronne 70 T-couronne 71 T-couronne 72 T-couronne 73 T-couronne 74 T-couronne 75 T-couronne 76 T-couronne 77 T-couronne 78 T-couronne 79 T-couronne 80 T-couronne 81 T-couronne 82 T-couronne 83 T-couronne 84 T-couronne 85 T-couronne 86 T-couronne 87 T-couronne 88 T-couronne 89 T-couronne 90 T-couronne 91 T-couronne 92 T-couronne 93 T-couronne 94 T-couronne 95 T-couronne 96 T-couronne 97 T-couronne 98 T-couronne 99 T-couronne 100	D <sub>6</sub>	
	4	T-couronne 2 T-couronne 3 T-couronne 4 T-couronne 5 T-couronne 6 T-couronne 7 T-couronne 8 T-couronne 9 T-couronne 10 T-couronne 11 T-couronne 12 T-couronne 13 T-couronne 14 T-couronne 15 T-couronne 16 T-couronne 17 T-couronne 18 T-couronne 19 T-couronne 20 T-couronne 21 T-couronne 22 T-couronne 23 T-couronne 24 T-couronne 25 T-couronne 26 T-couronne 27 T-couronne 28 T-couronne 29 T-couronne 30 T-couronne 31 T-couronne 32 T-couronne 33 T-couronne 34 T-couronne 35 T-couronne 36 T-couronne 37 T-couronne 38 T-couronne 39 T-couronne 40 T-couronne 41 T-couronne 42 T-couronne 43 T-couronne 44 T-couronne 45 T-couronne 46 T-couronne 47 T-couronne 48 T-couronne 49 T-couronne 50 T-couronne 51 T-couronne 52 T-couronne 53 T-couronne 54 T-couronne 55 T-couronne 56 T-couronne 57 T-couronne 58 T-couronne 59 T-couronne 60 T-couronne 61 T-couronne 62 T-couronne 63 T-couronne 64 T-couronne 65 T-couronne 66 T-couronne 67 T-couronne 68 T-couronne 69 T-couronne 70 T-couronne 71 T-couronne 72 T-couronne 73 T-couronne 74 T-couronne 75 T-couronne 76 T-couronne 77 T-couronne 78 T-couronne 79 T-couronne 80 T-couronne 81 T-couronne 82 T-couronne 83 T-couronne 84 T-couronne 85 T-couronne 86 T-couronne 87 T-couronne 88 T-couronne 89 T-couronne 90 T-couronne 91 T-couronne 92 T-couronne 93 T-couronne 94 T-couronne 95 T-couronne 96 T-couronne 97 T-couronne 98 T-couronne 99 T-couronne 100	D <sub>6</sub>	

400

Dr. Fatima Zahra BERRADA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Orthodontiste - Implantologiste  
Résidence Ibnou Rachid- 50, Rue des Hôpitaux  
N° 9 - 3<sup>ème</sup> Etage - CASABLANCA  
Téléphone : 05.22.49.10.59



Lin

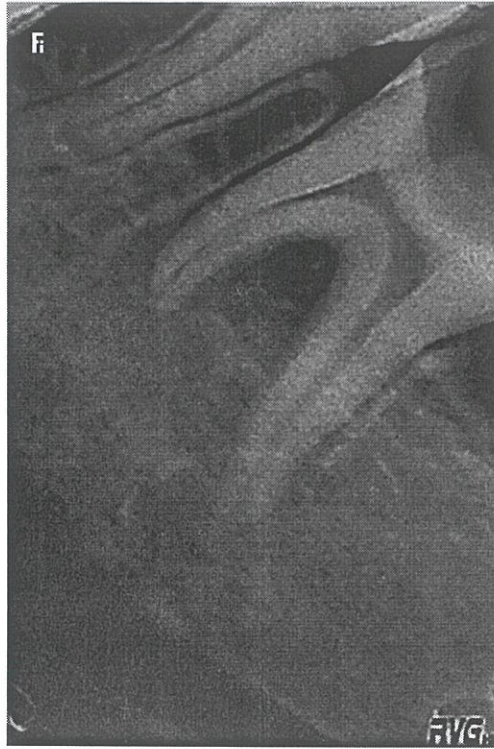


34

Dr. Fatima Zahra BERRADA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Orthodontiste - Implantologiste  
Résidence Ibnou Rochd- 50, Rue des Hôpitaux  
N° 9 - 3<sup>ème</sup> Etage - CASABLANCA  
Téléphone: 05.22.49.10.33



Lin



Lin

Dr. Fatime Ezzahra BERRADA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Dentiste - Implantologiste  
Rue du Rochd, 50, 10e des Hôpitaux  
Ezzahra - Elisse - CASABLANCA  
Téléphone : 05.22.49.10.59

Dr. J  
A'ier d'up coulan  
cure d'up  
c'etang d'up  
de l'V d'le d'up  
Ca de N'oude  
de l'le d'up

Dr Fatima Zahra BERRADA  
CHIRURGIE DENTISTE  
Orthodontiste - Implants  
Résidence Ibnou Rachid 30, rue des Hôpitaux  
N° 9 - 3ème Etage - CASABLANCA  
Telephone : 65.62.49.10.09

