

# 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.

**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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3888

Société :

PEC  
Dent

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

charli FATHIMA

Date de naissance :

16/06/94

Adresse :

061429501

Total des frais engagés : 169694 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mostafa LOUAHFA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Mansour - Berrechid  
Tél. 05 22 22 69 41

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL Khadiri Fatima Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

EL Khadiri Fatima

PC

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 Nº M21- 34462

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PCSSA		

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

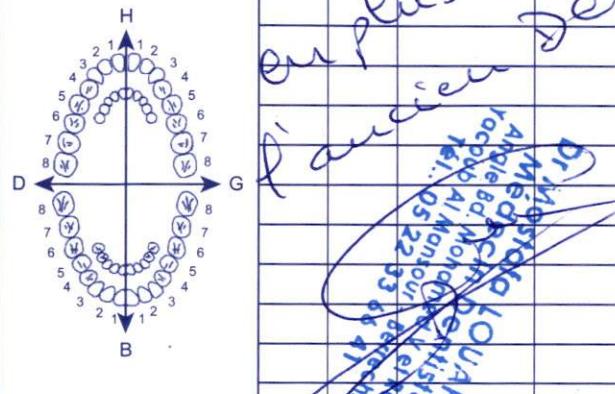
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

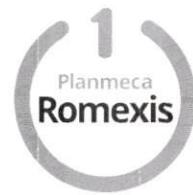
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D 280</span>
			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4000</span>
			DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">12/12/2012</span>
			FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">12/17/2012</span>
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D 280</span>
			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4000</span>
			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">12/17/2012</span>
			DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">12/17/2012</span>
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <b>Dr Mostapha</b> Médecin Dentiste Angle Bd. Mohamed V et Rue Jacoub Al Mansour - Berrechid Tél.: 05 22 33 66 41
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

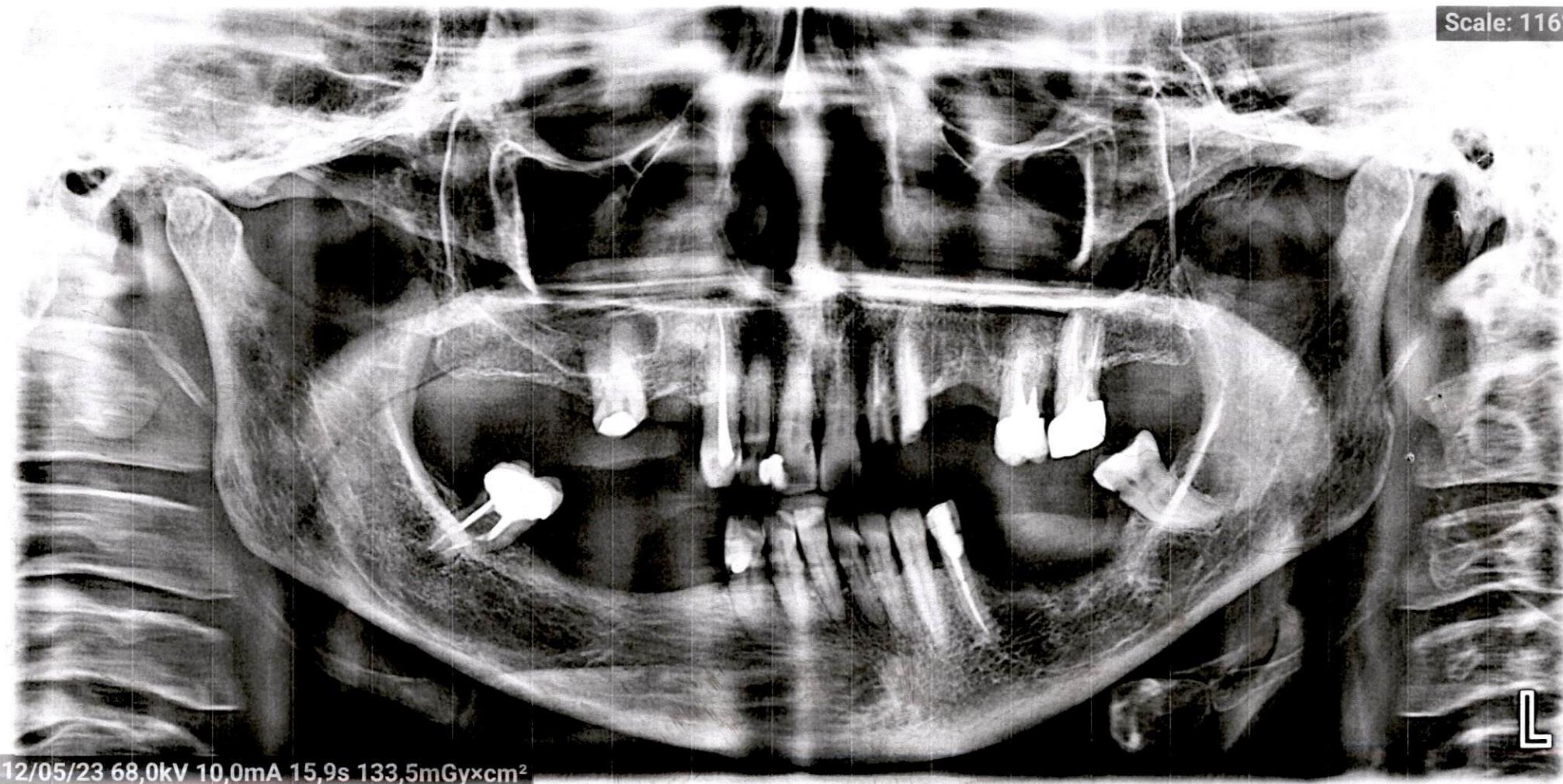
Dr Mostafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41

Chaabi Fatima  
Date De Naissance :

Dr Mostafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41



Scale: 116%



12/05/23 68,0kV 10,0mA 15,9s 133,5mGy×cm<sup>2</sup>