

## 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)



## Déclaration de Maladie

N° W19-492376

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 10592		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	20023
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 17/01/2014			
Nom et prénom du malade : Rechahmar Abdellah			
Age : 24			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Prise en charge			
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° W19-492376

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

Matricole :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

### 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
				INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

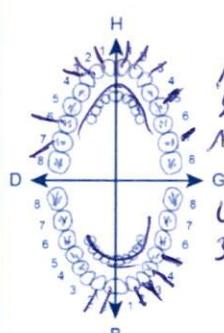
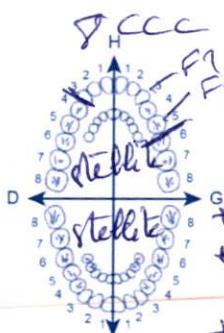
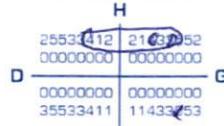
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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	INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>
	14.16 2 <sup>Ex1</sup> 41.42 2 <sup>Ex1</sup> 32 1 <sup>Ex2</sup> 14.11 13.3 1 <sup>Ex1</sup> 21 23.21 3 <sup>Ex1C</sup> 11.12, 13.11 4 <sup>cp3</sup> faces 34 1 <sup>Ex1+C</sup> 43.44 45 1 <sup>cp3</sup> faces 33 35 27 31 <sup>cp3</sup> faces 17 6 <sup>cp3</sup> faces F 1 <sup>Debut</sup> - 1 <sup>Debut</sup> 13a 23+25 <sup>Ex1</sup> gingivale 35 à 45 <sup>Ex1</sup> gingivale	D20 D20 D10 D30 D35 D60 D30 D45 D45 D15 D10 D10 D10 D40 D40	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>	
ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique, nécessaire à la profession		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>
		21.25 2 <sup>Ex1</sup> + 13.18, 11.21.22.23 2 <sup>Ex1</sup> + 1 <sup>Ex1</sup> + 65' 41.6 + 76 21.12.67		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>
		DATE DU DEVIS		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>
		DATE DE L'EXECUTION		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>

Dr Mostafa LOUAI  
Médecin Dentiste  
Angle Bd Mohamed V et Rue Jacob  
Al Mansour Borrechid  
Té. 05 22 33 66 41

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Mechhour Abdelaziz  
Date De Naissance :

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

