

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Prescription :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie 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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : 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**



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035239

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7722 Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : WARDINE FATHIA  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tél. : 0668 47469 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : ...../...../..... 27 SEP. 2019  
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° P19-035239

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 : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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
	46	canal	D10	D20
	47	canal	D10	
<b>Montant des soins</b> xue				
<b>Début d'exécution</b> 27-7-19				
<b>Fin d'exécution</b> 23-7-19				
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>				
	Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b>	
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   G 00000000   00000000 35533411   11433553		<b>Montant des soins</b>	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b>	
			<b>Fin de</b>	

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Dr. Yakoubi SOUSSANE  
EL ABED  
Chirurgien Dentiste  
Tel: 05.22.92.50.55



W16-070102

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		WALDINE FATIHA	
Fonction		0668427468	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient WALDINE FATIHA	
Adhérent	Conjoint	Enfant	Age 57 Date 23-7-19
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 27 SEP. 2019			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
canal	D20	xue	
PHARMACIE		Date 23.07.2019	
Montant de la facture		961,10	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Dr. Yakoubi SOUSSANE  
EL ABED  
Chirurgien Dentiste  
Tel: 05.22.92.50.55

Dr. YAKOUBI SOUSSANE  
EL ABED  
Chirurgien Dentiste  
Tel: 05.22.92.50.55

Casablanca, Le : 2019- 7-23

Nom Du Patient : Wardine Fatiha

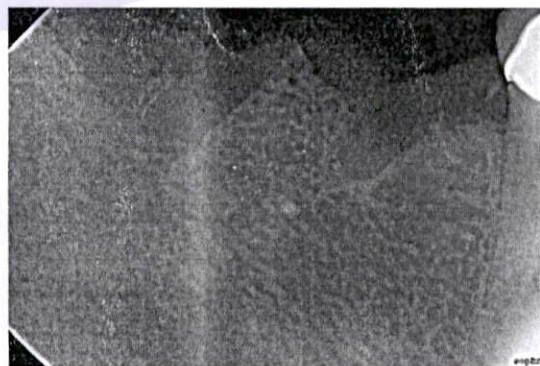
## Facture

Dent N°	Traitement à effectuer	Coefficient	Honoraires
46	extraction	D10	200
47	extraction	D10	200
Total			

Le montant de soins s'élève à 400 dhs.

## Radiographie

46-47



Dr. Yakoubi SOUSSANE  
EL ALBI  
Chirurgien Dentiste  
Tel: 05.22.93.50.55

Casablanca, Le : 2019-7-23

Nom Du Patient : Wardine fatiha

## Ordonnance

55,00

**Amoxil 1 g cp**

1 cp 2 fois par jour pendant 6 jours

22,20

**Codoliprane cp 1 boîte**

1 cp toutes les 6h jusqu'à disparition de la douleur

18,90

**Buccothymol Bain de bouche 1Flacon**

Effectuer 3 rinçages par jour pendant 30 secondes (matin, midi et soir) avec 15 ml de produit dilué dans un demi-verre d'eau

24 h après extraction

Dr. Yakoubi SOUSSANE  
EL ABED  
Chirurgien Dentiste  
Tel: 05.22.93.50.55

96,10

Dr. EL WOUROUD  
Chirurgien Dentiste  
Côté de  
Casablanca  
Tél: 4808192