

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : FFLL Société : .....  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
Nom & Prénom : WARDINE FATHA  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tél. 0668427469 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : .....  
 Lui-même  Conjoint  Enfant

Lien de parenté : .....  
 Age: .....

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) : .....  

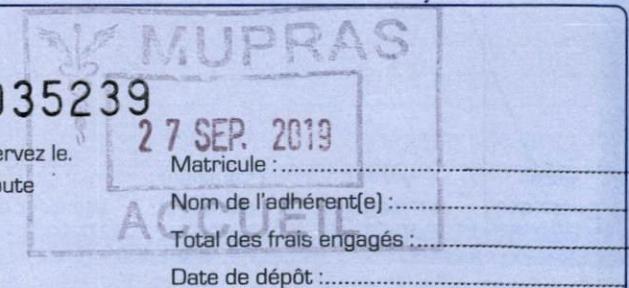

### VOLET ADHÉRENT

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).







Casablanca, Le : 2019- 7-23

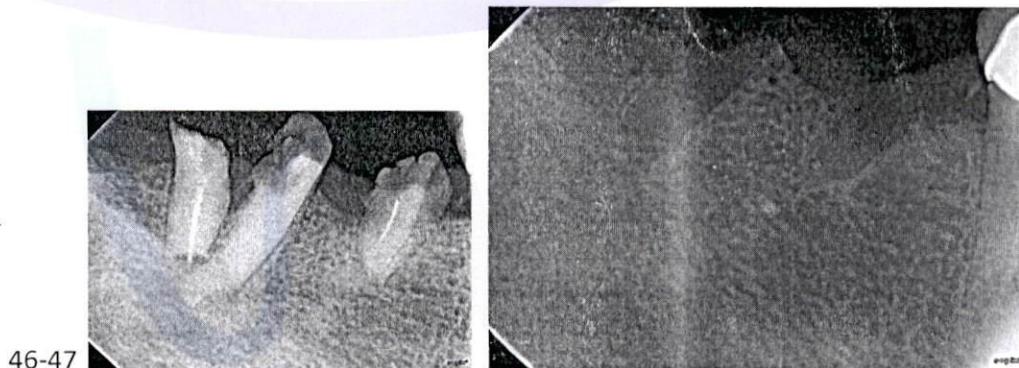
Nom Du Patient : Wardine Fatiha

## Facture

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

Le montant de soins s'élève à 400 dhs.

## Radiographie



03 OCT. 2019

*BSa DR*

Dr. Yakoubi SOUSSANE  
EL AÏSSI  
Chirurgien Dentiste  
Tel: 05 22 93 50 55



# CABINET DENTAIRE DR YAKOUBI

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 boite

S.V

54

18,90

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

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

96110