

# 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.

## 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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° P19-0026020

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10285 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRI ABDE RRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0610961657 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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) :





# 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												
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>															
<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>															
<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>															
<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b> Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">D</th> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>				D		H	G	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553
D		H	G												
25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553												
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>															
<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>															
<b>Date du devis</b> <input type="text"/>															
<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession <input type="text"/>															

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0065764	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0065764

DATE DE DEPOT

18 / 07 / 2019

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 10285
Nom & Prénom		AMRI ABDERRAHIM
Fonction	Duty OFFICER	Phones 0610961657
Mail		
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient AMRI ABDERRAHIM
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite 18/07/19
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires		
<b>PHARMACIE</b>		Date 23 JUL 2019
Montant de la facture		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Docteur Hicham BOUSFIHA

**Chirurgien Dentiste**

Tél.: 05 22 37 58 17



الدكتور هشام بوصفيحة  
طبيب جراح للأسنان

الهاتف: 05 22 37 58 17

Casablanca, le 07/10/19

AMBI ABDERRAHIM

- 26 26

- 170

- Denta Milk Denta Carifit

#2200, 40 3H

ECT 001975263000002

341. شارع رضى اكديزة (النيل سابقا)، قرية الجماعة ابن امسيك - الدار البيضاء

341, Bd Reda Gdira (Ex. Nil), Cité Djemâa - Ben M'sik - Casablanca