

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-445651

D

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

0629

Société :

Actif

Pensionnée(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HACIEM ONAR

Date de naissance :

07/03/1943

Adresse :

5 bis Rue 13 Nov Basek Casa

Tél. :

052236777

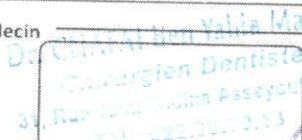
Total des frais engagés :

1000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

HACIEM ONAR

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Lien de parenté :

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 :

CAS

Le :

10 Oct. 2019

Signature de 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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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

VOLET ADHERENT

Docteur CHAFAI BEN YAHIA Malika

Chirurgien Dentiste



Ex. Chef de Service Dentaire  
de la Polyclinique Ziraoui - C.N.S.S.



الدكتورة الشافعي بن يحيى مليكة

طبيبة جراحة للأسنان

رئيسة سابقا بمصلحة طب الأسنان  
بمصحة الزيراوي (الضمان الاجتماعي)

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 8/10/2019 الدار البيضاء، في :

Facture de M<sup>me</sup> Hachem  
Omar pour soins  
de 15 et 16 et dont  
morbant s'élève à  
1000, 00 DH

Dr. CHAFAI Ben Yahia Malika  
Chirurgien Dentiste  
31, Rue Jalal Eddine Asseyouti R.C  
Tél : 022 26 79 13

Patient: hachem omar  
ID: -  
Dentiste: Dr CHAFAI BENYAHYA MALIKA  
Date de l'image: 27/04/2019 09:13  
Dentition:

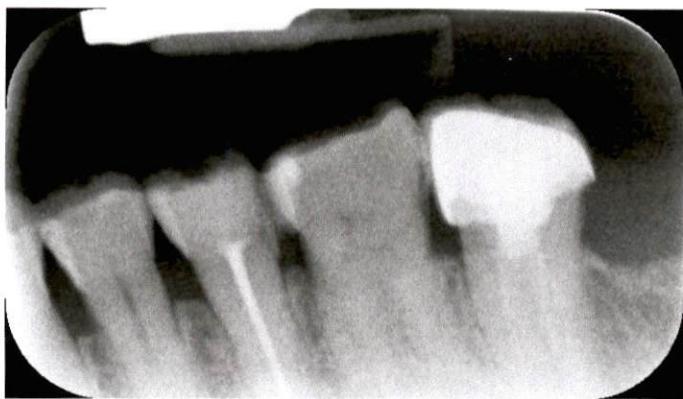


*Amel*

Dr. Chafai Benyahya Malika  
Chirurgien Dentiste  
Jl. Rue Jacob Edouard Alsyahji  
Tel: 022 22222222

Diagnostic

Patient: hachem omar  
ID: -  
Dentiste: Dr CHAFAI BENYAHYA MALIKA  
Date de l'image: 08/10/2019 12:38  
Dentition:



A. S

Dr. CHAFAI BENYAHYA MALIKA  
Chirurgien Dentiste  
17, Rue Jean Eddine Issegard 1020  
Tel.: 02.35.19.12

Diagnostic