

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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° P19-0039683 Ace

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 913 Société : R - A - M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MENASSIAH ELIDRissi Fatouma
Date de naissance :
Adresse : Lotissement Jenat el beida N° 45 Casa
Tél. : 0661334717 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 19/09/19
Nom et prénom du malade : MENASSIAH ELIDRissi Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint Fatouma ☐ Enfant
Nature de la maladie : Prothèse Dentaire
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039683

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 :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

[illegible]

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

after cc25 = D180
+ 5 Tallies Vaport
D120 + D40
want

D340

6500 m.

19/09/18

Page 10 of 10

Spécialiste en Parodontologie-Implantologie
02, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maarif
Tél: 0522 73 81 49 - 0522 73 57 79 - Casablanca
INP: 094012220 - Patente: 35713679

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

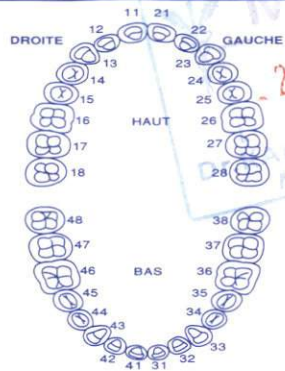
Coefficient

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution



ODF Prothèses dentaires

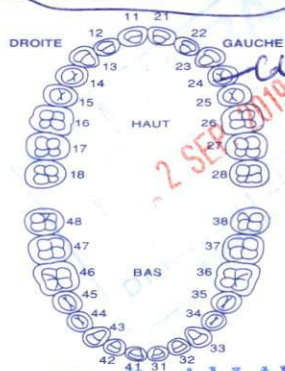
Détermination du coefficient
masticatoire

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution



H
25533412 21433552
00000000 00000000
G
00000000 00000000
35533411 11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

afame ccm 24 = 780
+ shellite vul plush D + D
120 40
mult

Dr. Farid LAKEHAL
CHIRURGIEN - DENTISTE
Spécialiste en Parodontologie-Implantologie
03, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maarif
Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca
INP: 094012820 - Patente: 35713679

Préciser le nombre de
dents sur stell et leurs
numéros et cocher
le plan

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° **P 17 / 0062535**



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



P 17 / 0062535

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle **913**

Nom & Prénom **M. Najib El Jassi**

Fonction **Revue RAM**

Phones **06 61 33 47 17**

Mail

Signature de
l'adherent

MEDECIN

Prénom du patient **Fatouma**

Adhérent ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

Date **le**

Nature de la maladie

Devis pour Prothèse

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et
cachet du

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des
Honoraires

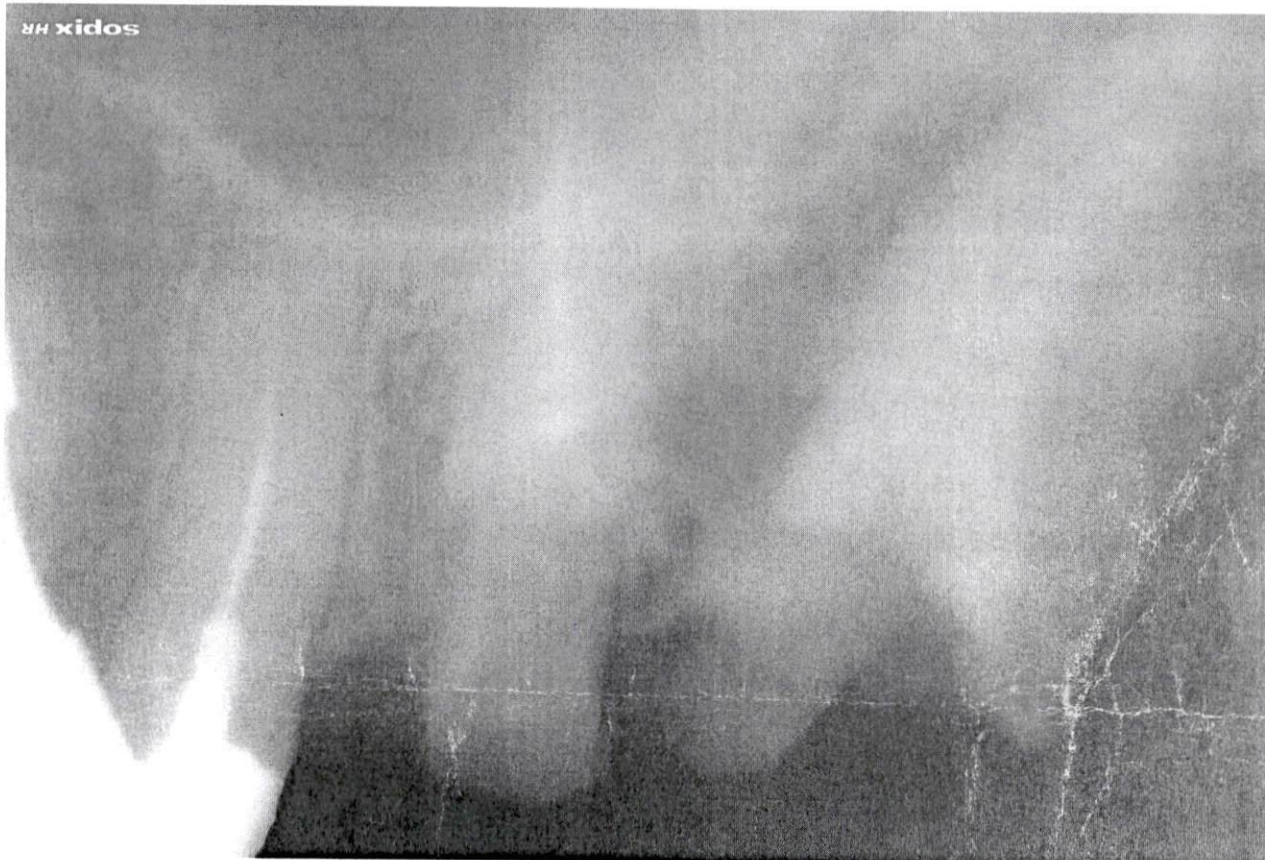
CACHET

Dr. Farid LAKEHAL
CHIRURGIEN - DENTISTE
Spécialiste en Parodontologie-Implantologie
03, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maarif
Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca
INP: 094012820 - Patente: 35713679

70 SEP. 2019

ACCUEIL

Né(e) le : 01/01/1949



Date du cliché : 25/06/2019

Localisation : 25

Commentaire : à faire ccm 25 D 80