

# 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.

## 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.

## Dentaire :

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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19-0002588

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7801 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AYOUCET Kamel Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661166631 Total des frais engagés : 250 + 160.60 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) : .....

*MUPRAS RECEPTION ANPL*

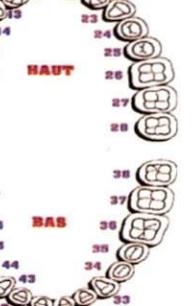
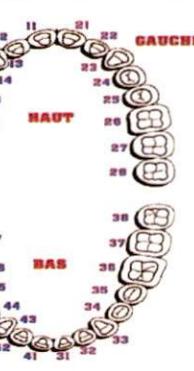


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des								
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">D</td> <td style="width: 40%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">H</td> <td style="width: 30%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	G	00000000	25533412	21433552	00000000	35533411	11433553
D	H	G										
00000000	25533412	21433552										
00000000	35533411	11433553										
				<b>Montant des soins</b>								
				<b>Date du devis</b>								
				<b>Fin de</b>								

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b>	<b>W18-381444</b>		
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 documents nécessaires à la Mairie			



W18-381444

**DATE DE DEPOT**

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 7801
Nom & Prénom ..... AYOUCH KAMAL .....		
Fonction : CDB		Phones. 0661166631
Mail ..... ayouchkam@gmail.com		

MEDECIN	Prénom du patient .....		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		Date 1ère visite	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
6	2	25000

PHARMACIE	Date .....	09-08-2019
Montant de la facture		160,60

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	Date : .....
Designation des Coefficients <i>Avenant Casablanca 10/03/2012</i>	Montant détaillé des Honoraires

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date : .....
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur LOCATELLI Colette

Dermatologie - Vénérologie  
Médecine Esthétique

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de BESANÇON

Spécialiste des Maladies de la Peau  
et du Cuir Chevelu

الدكتورة كوليت لوكاتيلي

خريجة كلية الطب ببيزنسون - فرنسا

اختصاصية في أمراض الجلد  
والشعر والأمراض التناسلية

طب التجميل

Casablanca le, ٢٨ ١٩

Dr. AYDOUCH. Youssef

STERISTRECH  
1'S S.P

2 pieces

1'S

Friedrich-Wilhel

SIR (60)

Dr. Ayouch Youssef  
ZEMMAMA Lohjajmi  
Avenue du Prince Nadia  
Taâhazzout Casablanca  
Tel: 05 22 29 35 64

106,60

Cicafate

Area

S.P

à délester  
ds 75

natu  
SIR ) 15

45, Rue de l'Atlas - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 23 45 75/23 08 74  
45, زنقة الأطلس - معاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 23 45 75/23 08 74

E-mail: locatellicolette@yahoo.fr