

# 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 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

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 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**  
Nº P19-0029526

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : *M. F. A. H. I. M. O. H. A. M. E. D.*

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : .....

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.  
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 Nº P19-029526

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 : .....

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE	GAUCHE			
12 13 14 15 16 17 18	22 23 24 25 26 27 28			
48 47 46 45 44 43	38 37 36 35 34 33			
42 41 31	32			
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		
DROITE	GAUCHE	H D	G G	
12 13 14 15 16 17 18	22 23 24 25 26 27 28	25533412 00000000	21433552 00000000	
48 47 46 45 44 43	38 37 36 35 34 33	00000000 35533411	00000000 11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

4183

Nom & Prénom MIRTAHI MbiauuS

Fonction Religieuse | Phones 06 4820 75 00

Mail

MEDECIN | Prénom du patient A. phabi SP Rabat

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 75 ans

Nature de la maladie

Date 30/09/19

Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

CL

150 dr

PHARMACIE Date 19/9/17

Montant de la facture

420,20 DHS 01 OCT. 2019

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

# Docteur CHRAÏBI Faïcel



الدكتور السرائيبي فيصل

- Médecine Générale
  - Médecin du travail
  - Echographie (Echodoppler Couleur)
  - ECG

- الطب العام
  - طب الشغل
  - الفحص بالصدى
  - التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le

الدار البيضاء في ..... ١٩١٩ | ١٩ Casablanca, le .....

LIBRARY OF CONGRESS  
CATALOGUE CARD NO. 58-53300

M386 (e)

Gentianaceae - 160

32

LOT 383  
EXP 01/21  
PPV 119DH80

7200 ♂

Ag 2010/6

LOT: 20056  
PER: 04/21  
PPV: \$2,00 DH

7670 a

## Vocab 200

*Yield new*

LOT 86,90  
P.E.I.  
P.V. 300.00

~~132.30~~  
~~42.10~~

Rancho do

Mr. Bill Sandhu

PPV 1520430

**EXIDE®**

**EXIDE®**

**Dr. CHRAIBI Faicel**  
Praticien Général - Médecin du Travail  
Radiographie Générale  
N° 82 Cite Djemaa  
BP 1531

جميلة 7 زنقة 14 رقم 82 قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف . 05 22 29 16 31  
Jamila 7, Rue 14 N°82 , Cité Djamâa - Casablanca -Tél.: 05 22 29 16 31