

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

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.

## ctique :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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 caractére 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

93L119

Matricule : 24541 Société :

Actif  Pensionnée)  Autre :

Nom & Prénom : Kenfazui a bdelkoh

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 068 89 62 08 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : Majda Age: .....

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 : ..... / ..... / .....

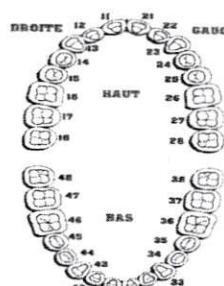
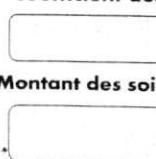
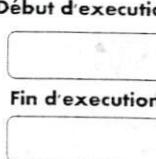
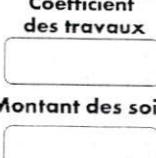
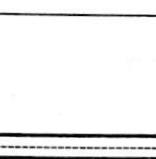
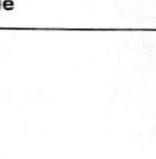
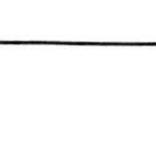
Signature de l'adhérent(e) :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>  <b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Date du devis</b>  <b>Fin de</b> 																	
DROITE		12 13 21 22	GAUCHE																			
		14 15 23 24																				
HAUT		25 26 27 28																				
		29 30 31 32																				
BAS		46 47 37 38																				
		45 44 36 35																				
D.F.		Détermination du coefficient masticatoire																				
Prothèses dentaires		<table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>12 13 21 22</td> <td>GAUCHE</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td></td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DROITE	12 13 21 22	GAUCHE	H		25533412 00000000	21433552 00000000		D	00000000	00000000	G		35533411	11433553		
DROITE	12 13 21 22	GAUCHE	H																			
	25533412 00000000	21433552 00000000																				
D	00000000	00000000	G																			
	35533411	11433553																				

**VOLET ADHERENT** NOM : .....

**DECLARATION N°** **W18-400785**

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

MUPRAS		W18-400785	DATE DE DEPOT	
			...../...../201...	
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		<b>Mle</b>		
Nom & Prénom <b>KENFAOUYE Abdellah</b>				
Fonction : <b>Nettoyeur</b> Phones <b>06.08.89.62.08</b>				
Mail .....				
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <b>KENFAOUI Majda</b>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age <b>24</b>		Date <b>23.01.2020</b>		
Nature de la maladie <b>Anxiété</b>		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
			<b>450 db.</b>	
<b>PHARMACIE</b>		Date .....		
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	

*Julien Franz DURANT  
Psychologue Clinicien  
08 Rue Ibnou Sina - Casablanca  
GSM: 06 48 65 71 08*