

**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.

Radiologie :
 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

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- 046625

MD = 24473

Maladie Dentaire Optique Autres

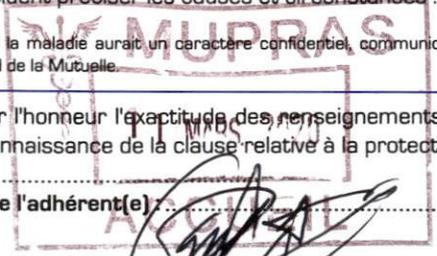
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 552 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : MR. CHERADI Abdelhakim
 Date de naissance :
 Adresse : 302 Bd Zerktouni Casablanca
 Tél : 0522 272767 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : 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 14/01/2020
 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
	H	G	<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	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
---	--

VOLET ADHERENT	NOM : <u>CHERRADI</u>	Mle <u>5591</u>
DECLARATION N°	W18-373810	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>26 02 2020</u>	<u>300 + 400</u>	<u>6</u>
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		



W18-373810

DATE DE DEPOT
26 / 02 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>5591</u>	Signature de
Nom & Prénom		<u>CHERRADI Abdouhakim</u>	adhérent
Fonction :		Phones <u>0667809718</u>	Signature de
Mail			l'adhérent

MEDECIN	Prénom du patient <u>Cherradi Fatima</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>
Age	Date	<u>26 02 2020</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<u>Affection gynécologique</u>		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C1</u>	<u>+ 3</u>	<u>300 DA</u>

PHARMACIE	Date	Signature
Montant de la facture		cachet du
		Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	CACHET	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
				CACHET

DOCTEUR WAFAA BENYAHYA
GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN
62, AVENUE HASSAN SOUKTANI
05 22 27 54 55 / 05 22 29 86 82

ICE :001674741000095
N° DE PATENTE : 35508198
IDENTIFICATION FISCALE : 40408663
N° INPE : 091030130

CASABLANCA LE ,26/02/2020

FACTURE :

MME : CHERRADI FATIMA

CONSULTATION SPECIALISTE : 300 DH

ECHOGRAPHIE : 400 DH

TOTAL : 700 DH

ARRETEE LA FACTURE A LA SOMME DE :

SEPT CENT DIRHAMS

Dr BENYAHYA Wafaa
Gynecologue-Obstetridien
62, Avenue Hassan Souktani Casa
Tél : 05 22 27 54 55 - 05 22 29 86 82