

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## Pathologie 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.

## Education :

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 canalaire, 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 canalaire.

## Pathologie 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



*N° 3048*  
**Déclaration de Maladie**  
**Nº P19- 067393**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7724**

Société :

Actif       Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... 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 : **26/10/2020**

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
DROITE	GAUCHE				
11 12 13 14 15 16 17 18	22 23 24 25 26 27 28	HAUT			
48 47 46 45 44 43	38 37 36 35 34 33	BAS			
42 41 31 32	33 32 31 30 29 28				
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			
DROITE	GAUCHE	H			
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	D	00000000 35533411	G	
42 41 31 32	33 32 31 30 29 28		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			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	P 14 / 0025680	
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 justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 07724	
Nom & Prénom : <b>BouJAMAA Jilali</b>			
Fonction	Pétraltes	Phones 0666824145	
Mail	TARIK Logistic@gmail.com		
MEDECIN	Prénom du patient	<b>BouJamaa Jilali</b>	
Adhérente <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie			
<b>HTA.</b>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>C</b>	<b>m.</b>	<b>100dh</b>	
PHARMACIE	Date 22/06/2020		
Montant de la facture	320, 10 DH		
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 Houria BENOUNA**

**Médecine Générale**  
**Echographie**

LOTISSEMENT HADDIOUI, Rue 3, N° 266  
Sidi Maârouf III, OULED Haddou - Casablanca  
Tél. : 0522 32 13 29

**الدكتورة حورية بنونة**

**الطب العام**  
**الفحص بالصدى**

تجزئة الحديوي، زنقة 3، رقم  
سيدي معروف 3، أولاد حدو - الدار البيضاء  
الهاتف : 0522 32 13 29

## ORDONNANCE

Casablanca, le : ..... 29/06/2020 ..... الدار البيضاء، في :

106170x3 Boujamaa Jilali  
1061-6 medzou 50 / 12,5  
n°3  
320,10 DH







