

# 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.

- 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.

- 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.

**Maladie**

**Dentaire**  
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 114

Adh

Pensionné(e)

Société :

Autre :

Nom & Prénom :

SKALI FAROUK

Date de naissance :

1946

Adresse : FARAH - SALAM - Résidence EL HAMO

Tél. : Total des frais engagés :

13 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI BAHIJA

Age :  
 Lui-même  
 Conjoint  
 Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

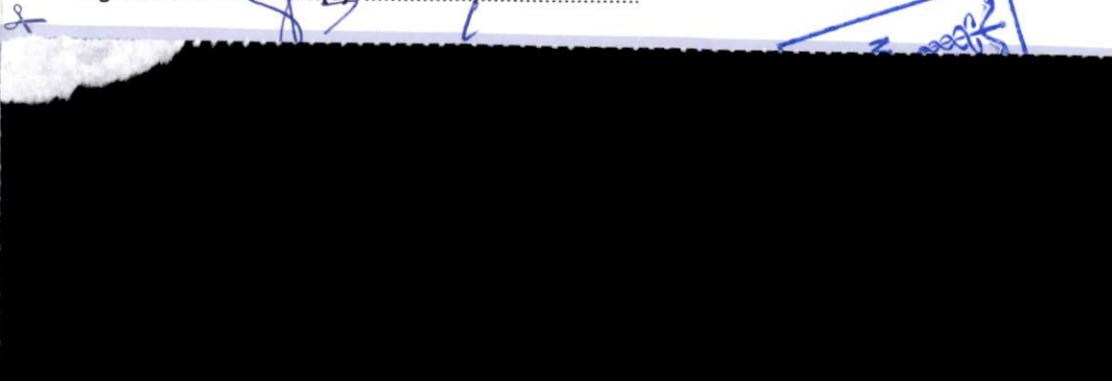
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES, RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

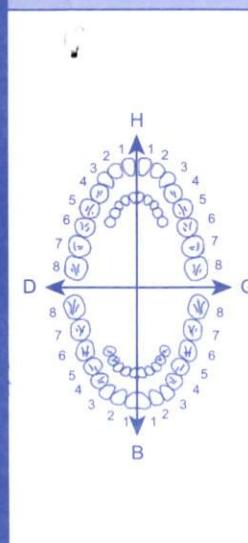
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création remonté adionction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch, likely a maxilla, with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The teeth are represented by circles with numbers inside. The diagram is oriented with an upward-pointing arrow labeled 'H' at the top, a downward-pointing arrow labeled 'B' at the bottom, a leftward-pointing arrow labeled 'D' on the left, and a rightward-pointing arrow labeled 'C' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch having a larger curve and the lower arch having a smaller curve.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Sara MJAHED NAJID

Dermatologue Vénérologue

- Médecin spécialiste en maladie et chirurgie de peau, cheveux et ongles
- Maladie sexuellement transmissible
- Médecine esthétique et anti-âge



الدكتورة سارة امجاحد نجيد

الأمراض الجلدية والتناسلية

• طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الجلد

الشعر والأظافر

• الأمراض المنقوله جنسيا

• طب التجميل

08/11/2022.

El Alaoui  
Bahja.

sl

Topiary & palpation. Dr.

Trichoblast

Topical & on G  
ermatologie  
Cure of hairs

sthétique

Dr. Sara  
Dermatologue et Vénérologue  
18, Lot Sâad El Khair 24 HH Hay Hassani Oulfa Casablanca ( 2<sup>ème</sup> Etage au dessus du labo biolog)  
Tel: 0522 08 97 0680 61 83 60

العنوان 18، تجزئة سعد الخير 24 H.H. الحي الحسني الألفة الدار البيضاء ( الطابق 2 فوق مختبر التحليلات بيولوج)

Adresse: 18, Lot Sâad El Khair 24 HH Hay Hassani Oulfa Casablanca ( 2<sup>ème</sup> Etage au dessus du labo biolog)

Tél: 05 22 91 08 97 - Gsm: 06 80 61 83 60

E-mail: dr.sara.mjahed@gmail.com