

# 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 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.

## 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

- Reclamation : 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

Optique

Autres

AS6593

Déclaration de Maladie

M22- 0051049

7155

RAD

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Gestri AHMED

Date de naissance :

19/07/1962

Adresse :

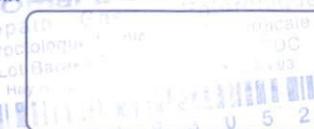
Habituelle

Tél. : 06 35 73 80 80

Total des frais engagés : 606,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03/04/2023

Nom et prénom du malade :

Gestri Ahmed

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Aggrest

Digeste

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.

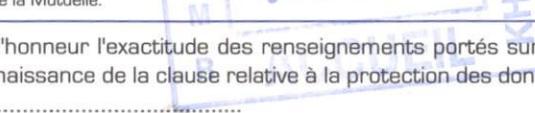
Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

8

Autorisation CNUP N° : A-A-215 / 2019



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/10/2023			CHF 250.00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/4/23	356,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachelet 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'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8 on both sides) and a coordinate system. The vertical axis is labeled H at the top, the horizontal axis is labeled D on the left and G on the right, and the depth axis is labeled B at the bottom. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the top center, 2 on the upper left and right, 3 on the upper left and right, 4 on the upper left and right, 5 on the upper left and right, 6 on the upper left and right, 7 on the upper left and right, 8 on the upper left and right, and 9 at the bottom center. The teeth are represented by small circles with numbers inside, and the arch is shown as a series of connected circles.

## [Création, remont, adjonction] tionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le ..... 03/04/2023

**Nom :** GOTNI AHMED

18000 - RAZON 40 mg  
1 cp \*2/j 1 heure pares foutour  
demi heure avant sohour  
pdt 2 sem.

3180 - PYROSIX sirop  
1 c a s\*2/j apres repas  
pdt 10 jours

4000 - ANTI-SPA 200 mg  
1cp\*2/j avant repas  
pdt 10 jours

1960 - NEOFORTAN 150 mg  
1 supp \*2/j  
pdt 5 jours

 - GASTINAT gel  
2 cp /j 1 heure apres foutour  
pos 10 jours

**NEOFORTAN® 150 mg** 8 suppositoires  
Phloroglucinol  
PPV 19DH60 EXP 09/2024  
LOT 19012 2

LOT 224027 1  
EXP 11 2024  
PPV 40.00

L 000509  
P 06/25  
85,50 DH