

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@mupras.com)

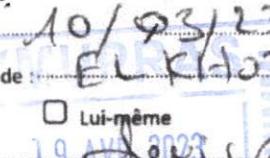
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-471318

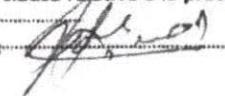
153280

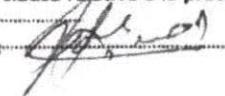
REC  
Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>9162</b>	Société : <b>R.A.M</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>HASSAN AHMED</b>		
Date de naissance : <b>13-02-1964</b>		
Adresse : <b>MEME ADRESS</b>		
Tél. : <b>066 898 6544</b> Total des frais engagés : <b>100000</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : <b>10/03/23</b>	
Nom et prénom du malade : <b>EL KHATIFI Khaled</b> Age : <b>20</b>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>10 AVE 2023</b> par <b>2023</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>10 AVE 2023</b> par <b>2023</b>	
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 : **CASA** 

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **10/03/23**



VOLET ADHÉRENT

### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUX LIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Veuillez joindre le

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on the top and bottom arches. A coordinate system is overlaid with H at the top, G to the right, and B at the bottom-left. Handwritten '8000' is written above the			

N° Dossier: 153280 

N° Dossier externe: PEC-09162/15-03-23

Type de dossier: DENTAIRE 

Bénéficiaire: EL KHOTFI KHADIJA

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 15-03-2023 

Date de fin: 

Date de saisie: 15-03-2023

Événement: 

#### Commentaires pour l'édition

**Ajouter**

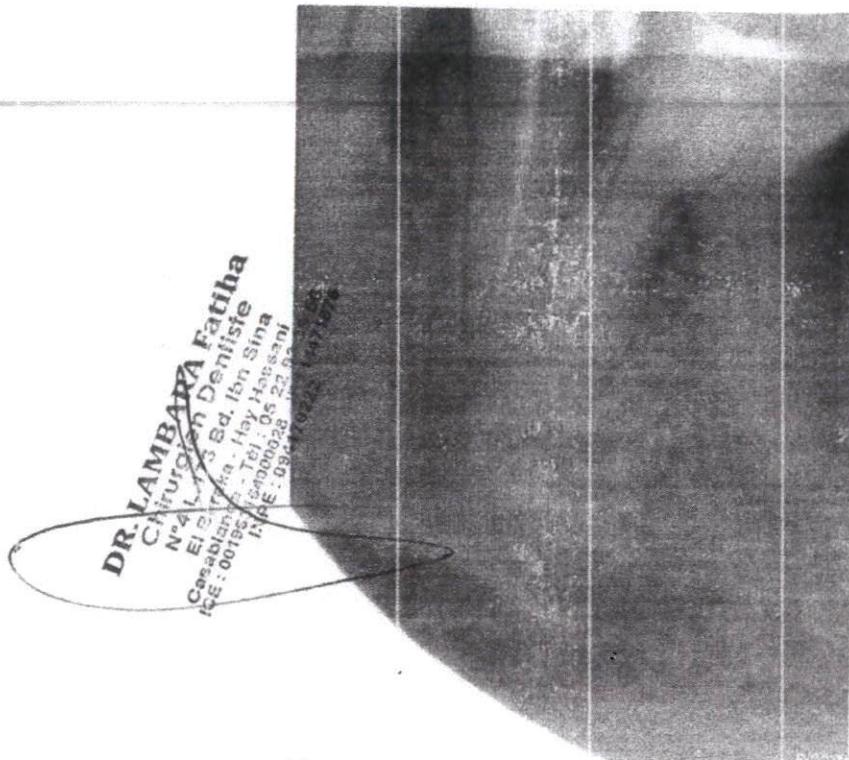
#### Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
16-03-2023	Manuel	ACC D360 2CCM 34+35 S/R RX APRES DR LAMBARA FATIHA
20-03-2023	Manuel	sms envoyé



Lin

**DR. LAMBARA Fatiha**  
Chirurgien Dentiste  
N°4 L 13 Bd. Ibn Sina  
El Oued - Casablanca - Hay Hassan  
Tél : 05 22 93 28 56  
INPE : 094170222 / 14471876  
ICE : 00198316400028



Lin

**Dr. LAMBARA Fatiha**  
Chirugien Dentiste  
Soins-Orthodontie  
Prothèse-Radiologie



## فتورة لمبراع فتيحة ببية جراحية للأسنان

## ORDONNANCE

**DR. LAMPARA** **Fa**  
Chirurgien Dentiste  
N°4 1-17 Bd. Ibn Sina  
El Bardo 1055  
Casablanca  
Tél: 0522 93 36 58  
INPE: 054170222  
14471876

1710413

factur diagnostik  
nur EL (HOTFi) kategoris

Bridge loc'n  
34,35  
80°, 80°  
51°

DR. LAMBARA Ratna  
C. Chiru, Jalan Dewi Sina  
N° 4 L 77 Bdg. 1022  
Baraka, 14470 Banda Aceh  
Telp. (061) 3147022

I.C.E : 001963164000028 - I.F : 14471875

الرقم 4-173 | شارع اين سينا. البركة الحي الحسني. البيضاء

N4/L173, Bd. Ibn Sina - El Baraka - Hay Hassani - Casablanca - Tél.: 05 22 93 36 56