

# 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
- 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

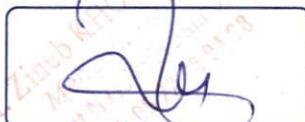
Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

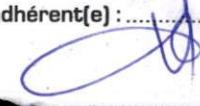
Matricule : 1876 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 164847  
 Nom & Prénom : NOUQATI ENDO  
 Date de naissance : 07/04/1953  
 Adresse :  
 Tél. : 0669505905 Total des frais engagés : 1600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 25/5/2023  
 Nom et prénom du malade : NOUQATI H Abdellah Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : gout mal de dents  
 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 : Sidi Abdellah

Signature de l'adhérent(e) : 



## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

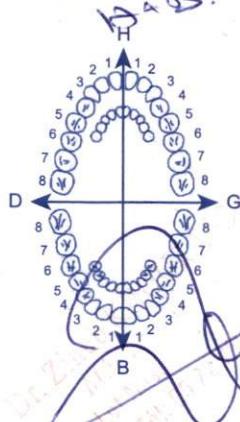
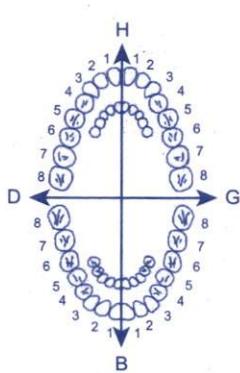
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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	
<i>Dentaires</i> <i>H A B.</i> 	<i>Not</i> <i>and</i>	<i>D</i> <i>12 x 2</i>	Coefficient des travaux	<i>D 12 x 2</i>
			MONTANTS DES SOINS	<i>broad</i>
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	<i>26/05/23</i>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	Coefficient des travaux
D		00000000 35533411	00000000 11433553	
B				
			MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Z. Khourassani

Docteur en Chirurgie Dentaire

- Soins - Chirurgie

- Prothèses - Orthodontie

- Blanchiment - Radio - Implant



Centre de Chirurgie  
Dentaire

الدكتورة زينب خرساني

طبيبة جراحية للاسنان

- علاج - جراحة

- تعويض - تقويم

- تبييض - أشعة - زراعة

## ORDONNANCE

Nom & Prénom : abuQATi AL Mustapha Sidi Rahal, le : 25/05/2023

Note d'honneur

Sur ce bonsh<sup>2</sup> fait à la demande

WA B.

$$\textcircled{1} \times 2 = \textcircled{2}$$

Dr. Zineb KHOURASSANI  
Médecin Dentiste  
N° 39 Lot Nassim El Bahr Sidi Rahal  
Tél. : 05 22 96 94 08

Lot Meryem, N° 2 - Sidi Rahal Chatii ( Près de Café Anas ) - Berrechid / Tél.: 05 22 96 94 08  
05 22 96 94 08 رقم 2 سيدى رحال الشاطئي (قرب مقهى أناس) - برشيد / الهاتف :

IF : 20782696 - ICE : 001942168000052