

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-576805

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1439

Société :

Ex RAM

166828

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HARBOUZ

Aboumal

Date de naissance :

16/12/1952

Adresse :

24 Route Duled 3ème App 14 Casablanca

Tél. : 06 61 88 56 24

Total des frais engagés : 739,90 Dhs

Dr. FEKKAR ASMA

Cadre réservé au Médecin Médecin Dentiste

Appt N°22, 2ème Etage Imm Marwa

Cité Salam - AGADIR

Tél: 05 28 21 00 01 - GSM: 06 53 20 42 78

Cachet du médecin :

Date de consultation :

21/10/2023

Nom et prénom du malade :

Mme S.BATE Keltoum (par HARBOUZ)

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Abcès + fracture 27

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 : 03 JUIL. 2023

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
				INP : <input type="text" value="1111111111111111"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/06/23	239,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

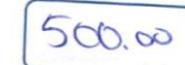
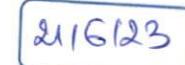
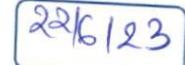
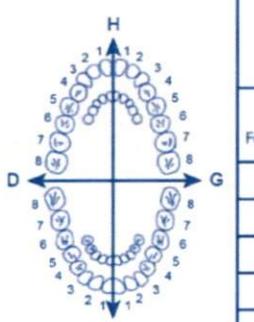
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text" value="D951192425"/>
	Consultat <sup>ur</sup> 2+ Exo	C <sub>4</sub> D <sub>no</sub>		
				
				
				
				
				
				
				
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	
				
				
				
				

Agadir, le 21/06/2023



INPE  
042079327



Mme SBAÏT Keltamé

168.20  
+ 1 Augmentation Ag (sis du)  
2 sachet 2f sis 1j p/t f)

PPV: 168,20 DH  
LOT: 651326  
PER: 01/25

40.00  
+ 1 Cotipred 20mg Cp eff  
3p 1ue seule prise

PPV: 40DH00  
PER: 03/26  
LOT: M966

16.00  
+ 1 Doliprane Ag (4p)  
2cp toute les 8h p/t 3)

14.10

41 Fluoril (BB)

rinçage bucal 3f sis 1j

p/t f) ai comme dentea



PPV: 14DH00  
PER: 02/26  
LOT: M648



239.90

DR. FEKKAR ASMA

Medecin Dentiste

Appt N°22 2ème Etage Imm Marwa

Cite Salam - AGADIR

Tél: 05 28 21 00 01 - GSM: 06 53 20 42 78



**Centre dentaire ALA SMILE**

Dr. FEKKAR Asma  
Médecin dentiste

Agadir, le 26/06/2023

**FACTURE**

Nom et Prénom

Mme SBAFÉ KELTOUF

Date des soins	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant
21.6.23	-	Consultatum	4	100.00
22.6.23	27	Extraction	10	100.00

Total 500.00

Signature et cachet

*Dr. FEKKAR ASMA  
Medecin Dentiste  
Appt N°22, 2ème Etage/Imm Marwa  
Cité Salam - AGADIR  
Tél: 05 28 21 00 01 GSM: 06 53 20 42 78*

Adresse : N° 22, 2em étage ; Imm Marwa, Cite salam AGADIR  
Téléphone : 05 28 21 00 01