

# 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

- 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 : **9878** Société : **RAM**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **ATISSI ALI**

Date de naissance : **04/06/1975**

Adresse : **169 Avenue N° 1 Dr AL MANSOUR 2012**

Tél. : **666 692 371 10** Total des frais engagés : **30** Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : **16/06/2023**

Nom et prénom du malade : **Dr Aissa Nalika Nalika** Age : **48**

Lien de parenté :  **Lui-même**  **Conjoint**  **Enfant**

Nature de la maladie : **Complainte per - A nell'urine**

Affection longue durée ou chronique :  **ALD**  **ALC** Pathologie :

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 : **Centre Ben Abdellah** Le : **17 Juil. 2023**

Signature de l'adhérent(e) : 

#### RELEVÉ 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
16/09/2023	CPA + PC		200 F 100 F	

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## 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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are numbered sequentially from 1 to 48, with some numbers appearing twice (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48).

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 16/06/2023

Pré-Facture N° 127229		Etablie par HOUDA RECEPTION		Page
Identification				1/1
N° Dossier : X3F1610400	MUPRASI	N° Identifiant : 23032943/23		
<b>Nom &amp; Prénom : QAISSI MALIKA NELIA</b>				
C.I.N. : M258842	Date Début : 16/06/2023	Date Fin : 16/06/2023		
Adresse : CASA	Médecin : EL ATIQI IJLAL			
Traitemet : Consultation	Prestations	Qté	Prix U.	L.C.
				Coef Montant
<b>MEDICAL</b>				
Frais clinique		1	100,00	100,00
			Total Rubrique :	100,00
				100,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>				
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>				
Dr. MED REANIMATEUR (ANESTHESISTE REANIMATEUR)		1	200,00	200,00
			Total Rubrique :	200,00
				200,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>				
<b>TOTAL FACTURE</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cents Dirhams

