

# 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.

185594

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1876 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : MOUZAKI EL DOSTAFAT

Date de naissance : 27/04/1953

Adresse :

Tél. : 069505805 Total des frais engagés : 222,70 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : Sidi Abdellah Le : 05/12/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		MONTANT DE LA FACTURE
CHAMPS	CHAMPS	CHAMPS

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et 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	
	Dent	Dent	0	
	Dent	Dent	0	
	Dent	Dent	0	
	Dent	Dent	0	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	$  \begin{array}{r rr}  H & 25533412 & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 00000000 & 00000000 \\  B & 35533411 & 11433553  \end{array}  $			
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
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 جراحة للأسنان

- علاج - جراحة

- تقويم - تقويم

- تبييض - أشعة - زراعة

Nom & Prénom : Abdelkader M. Rahal Sidi Rahal, le : 4/12/2022

## ORDONNANCE

17,70

Eludril (BB)



En singles quotidiens 3x2 d x

TL 17,70



Dr. Zineb Khourassani  
Médecin Dentiste  
Lot Meryem N° 2 Sidi  
Rahal Chatii Berrechid  
Tél : 05 22 96 94 08

ELUDRIL  
SOLUTION 90 ML  
P.P.V : 17DH70  
6 118000 010548

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 الشاطئ (قرب مقهى أناس) - برشيد / الهاتف :

IF : 20782696 - ICE : 001942168000052

Docteur Z. Khourassani

Docteur en Chirurgie Dentaire

- Soins - Chirurgie
- Prothèses - Orthodontie
- Blanchiment - Radio - Implant



Centre de Chirurgie  
Dentaire

الدكتورة زينب خرساني

طبيبة جراحة للاسنان

- علاج - جراحة

- تعويض - تقويم

- تبييض - أشعة - زراعة

## ORDONNANCE

Nom & Prénom :

Nouarati El Moulah

Sidi Rahal, le :

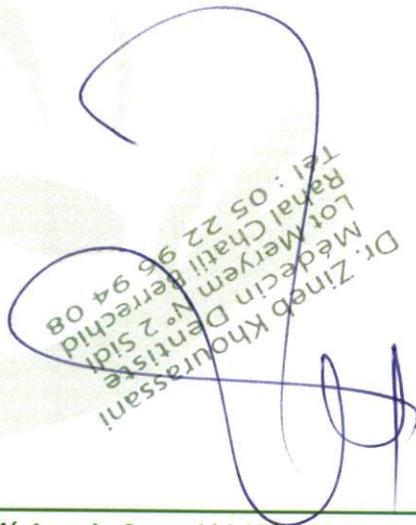
28/11/2011



PPV : 55,00 DH  
LOT : 652125  
PER : 03/25

55  
1) A mait (ا)  
\_\_\_\_\_

- 1 g le reille du RON sur.
- 2 g 1 h avant le RON.



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

IF : 20782696 - ICE : 001942168000052

Docteur Z. Khourassani.

Docteur en Chirurgie Dentaire

- Soins - Chirurgie

- Prothèses - Orthodontie

- Blanchiment - Radio - Implant



Centre de Chirurgie  
Dentaire

الدكتورة زينب خرساني

طبيبة جراحة للأسنان

- علاج - جراحة

- تعويب - تقويم

- تبييض - أشعة - زراعة

## ORDONNANCE

Nom & Prénom : abdelati EL Moudafi

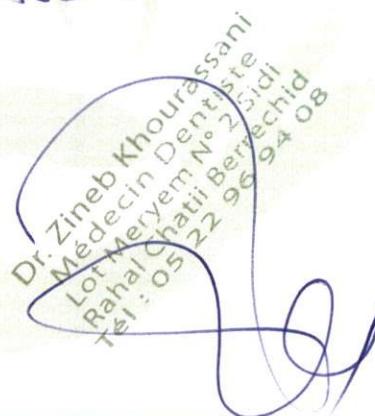
Sidi Rahal, le : 4/12/2023

Notre décharge

des dents de lait et la

Détach. de la parillle

$\textcircled{1}_{12} = 1600 \text{ dh}$



Lot Meryem, N° 2 - Sidi Rahal Chatii ( Près de Café Anas ) - Berrechid / Tél.: 05 22 96 94 08

تجزئة مريم، رقم 2 سيدى رحال الشاطئ (قرب مقهى أناس) - برشيد / الهاتف : 05 22 96 94 08

IF : 20782696 - ICE : 001942168000052