

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 : **11365**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BEN2AIDOUNE ANASS**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0667207844**

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... Age: **12 ans**

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

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 - RADIOPHGRAPHIES

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	

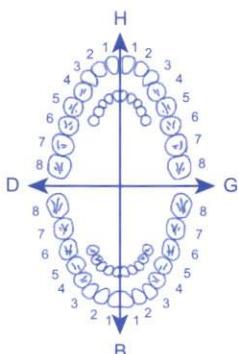
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

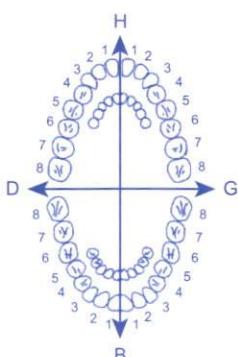
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

### SOINS DENTAIRES



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
B	35533411
00000000	11433553

D	G
00000000	00000000

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est tenu de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture

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	<b>Coefficient des</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>  <b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Date du devis</b>  <b>Fin de</b> 		
<b>DROITE</b>		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32					
<b>GAUCHE</b>		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					
<b>HAUT</b>							
<b>BAS</b>							
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire					
<b>DROITE</b>		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32	H	25533412 00000000 00000000 35533411		21433552 00000000 00000000 11433553	G
<b>GAUCHE</b>							
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique nécessaire à la profession					
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>					
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....		Mle			
DECLARATION N°		W18-339920					
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes					
<b>Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle							

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 11369

Nom & Prénom BENZAIDOUNE RAMY

Fonction : ..... Phone: 0667207844

Mail .....

MEDECIN

Prénom du patient

BENZAIDOUNE RAMY

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 11 ans Date .....

Nature de la maladie

Date 1ère visite

lombalgie chronique

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

C3		300 DH
----	--	--------

PHARMACIE

Date 26/09/2013

Montant de la facture

67.70  
092029735

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : .....

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILLAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

CACHET

Professeur

# CHERQAOUI Abdelmounim

Traumatologie et Orthopédie Pédiatrique

Chirurgie de la Paralysie Cérébrale

Chirurgie de la Main - Microchirurgie



Casablanca le : 26/09/23



Ben Taïdoune RAMY

S.V

① Vitamine E forte

2880 x 2 caps x 2 g. a l'unité

S.V

② Parentel 500 ml

10.10

— 1 fl x 4 fl a 5 fl

67.70

Dr. CHERQAOUI Abdelmounim  
Professeur Agrégé  
Chirurgie Pédiatrique  
Centre INPE Casablanca  
N°INPE: 091173047

مستشفى عبد الرزاق العلوي المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

الهاتف : 0661467454 INPE : 91173047 E-mail : Cherqaouiabdelmounim@icloud.com