

## 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.

N° W21-701229

REC DEVIS  
Casab Anfa

NS1333

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 11460 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KANBOU NABIL

Date de naissance : 12.03.75

Adresse : N°58, Rue 3, Quai YOUSRA, OULFA, CASA

Tél. : 0661 05 21 35 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **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 Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

<b>D</b>	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, with upper teeth numbered 1 through 8 and lower teeth numbered 1 through 8. The teeth are arranged in a curve, with the first molar (number 1) at the midline and the second molar (number 2) following. The third molar (number 3) is present on the right side. The fourth molar (number 4) is present on the left side. Labels A, B, C, and D are positioned around the arch: label A is on the far left, label B is below the arch, label C is on the far right, and label D is above the arch. The letter H is located at the top center of the arch.

$D_{24}^{\text{ad}}(g)$

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

D641(g)

$$18000 - 3000 = 15000$$

12000,3,7

15/01/2023

2021/06/2022

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 151333

N° Dossier externe: PEC-11460/01/03/23

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: KANBOU ILYAS

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

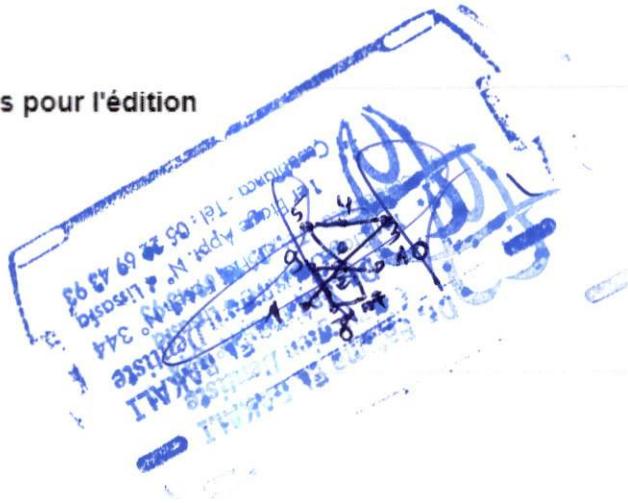
Date de début: 01-03-2023

Date de fin:

Date de saisie: 01-03-2023

Événement: 

#### Commentaires pour l'édition



**Ajouter**

#### Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
03-03-2023	Manuel	ACC D90 3EME SEM ODF

# NOTE D'HONORAIRES



Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de l'INPE : 054188067

N° de l'ICE : 002280816000067

N° de l'IF : 32505713

Bénéficiaire : ILYASSE KANSBOU

Date 01/06/2023

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفتوش Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
+ traitement de 2 dents en + remplacement de couronnes. + remplacement de 2 dents en + remplacement de 2 dents en	Pgox6 Dixgxf			go X 6	12000,-Dhs	

Montant global :

12 000,00 Dhs

Mode de paiement

Espèces

Chèque

Casablanca - Tel : 05 26 69 43 93

1er Etage - Appt. N° 2 Lissasfa

N° 344

Signature et cachet

Dr. Fatima S. BAKALI

Adresse :

Téléphone :

Fax :

E-mail :