

# 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

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

A 76380

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule :	79.26	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
SOUA FATHIMA		
Date de naissance :	13.07.1982	
Adresse :		
Téléphone : 0661305484 Total des frais engagés : 17.000,00 Dhs Dhs		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :  <b>Fatima Souad ismail</b> <b>Opital Cheikh Khalifa Ibn Zaid</b> <b>Médecin Dentiste</b> <b>Tel: 0529.05.02.52</b>		
Date de consultation :	12/02/2024	Age:
Nom et prénom du malade :		
Souad Fathima		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		
Prothèse dentaire		
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 :	LAZIA	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
				INP : <input type="text"/>

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 24 078 / 2024 du 12/02/2024

Nom patient : SOUAL FATIMA

Entrée 12/02/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 12/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
INLAY-CORE BRIDGE ZIRCONE, PAR ELEMENT	2,00 4,00		500,00 4 000,00	1 000,00 16 000,00
			Sous-Total	17 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>17 000,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DIX-SEPT MILLE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>17 000,00</b>

Encaissements	Chèque			Total encaissé	Solde
	17 000,00			17 000,00	0,00

Ref Chq : SG/N°0463085/

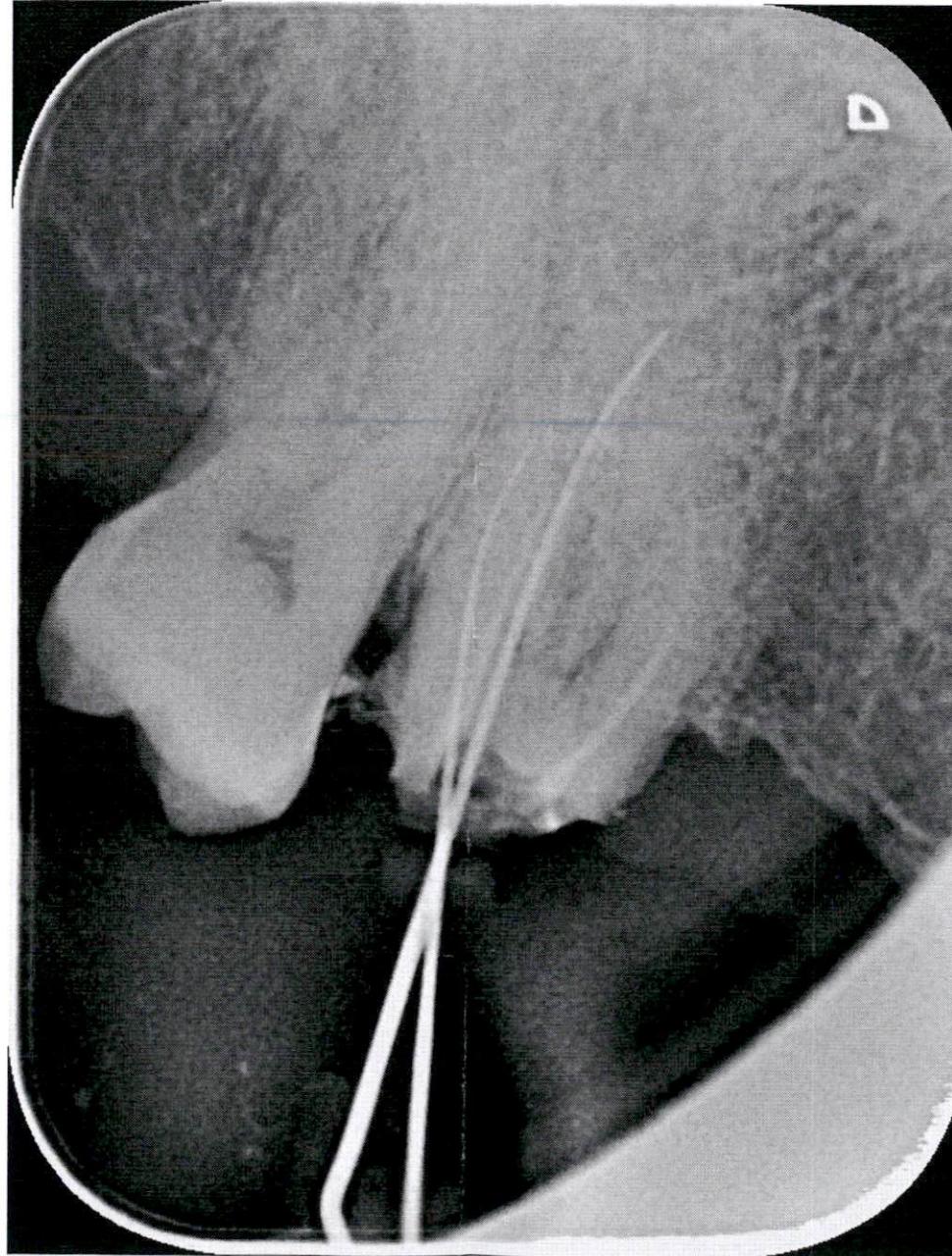
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Centre Dentaire  
N° INP : 090061862

Dentaire

soual, fatima 13/07/1973

19/02/2024 17:54:27

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Centre Dentaire  
Intra-oral  
30/10/2023



Dentaire

soual, fatima 13/07/1973

19/02/2024 17:53:39

Intra-oral

19/02/2024

