

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2123**

Société : **R.A.M 19968**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **CHADJAD SAID**

**ACC Dent**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 689 54722**

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18/03/2029**

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

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **GHORNAD**

**Smeqd**

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

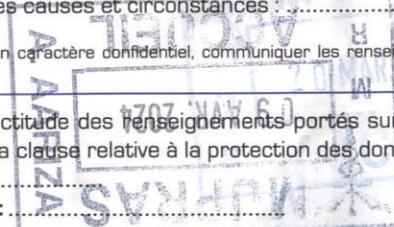
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) :



g

## **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 - 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.

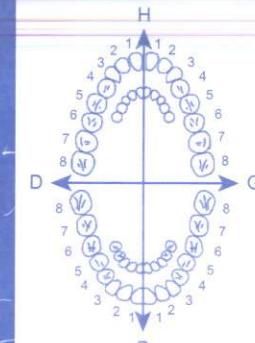
#### **Important :**

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

Devis



## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

• 16

creation d'un  
stade au Bas.

7 dts.

Stephanie  
TSTE

VISA ET CACHET DU RÉDACTEUR CONFIRMANT L'EXÉCUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTACHÉ

*[Handwritten signature over the stamp]*

DR CHIRURGIEN  
90 RUE BRIGNE  
75000 PARIS

N° Dossier: 199668  
N° Dossier externe: ACC-02123-20-03-2024  
Type de dossier: DENTAIRE  
Bénéficiaire: GHOMMAD SOUAD  
Situation: En attente  
Sous-situation: ---  
Date de début: 20-03-2024  
Date de fin:  
Date de saisie: 20-03-2024  
Événement:

#### Commentaires pour l'édition

Ajouter

#### Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
21-03-2024	Manuel	ACC D 180 STEL INF 45 46 47 34 35 36 37 S/R RX APRES DR BENJELLOUN

Dr. BENKHALQUI MUSTAPHA

Chirurgien Dentiste  
Soins, Prothèse, Chirurgie, Radio



الدكتور بنخالقي مصطفى

طبيب جراح للأسنان

## NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, le .....

Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de l'INPE : 094016110



N° de l'ICE :

N° de l'IF : 45202592

Bénéficiaire :

ABDERRAHMANE Souad

Date 05/04/24

أنيان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة العامل Valeur Clé	المبلغ المفوسر Montant facturé	توقيع وظيف طبيب الأسنان Signature et cachet du Médecin Dentiste
/	D775 D776	05/04/24	D 105	30000	30000	Dr. BENKHALQUI CHIRURGIEN DENTISTE 90, Rue SRAGHNA GSM: 06 12 04 18 03
						Dr. BENKHALQUI CHIRURGIEN DENTISTE 90, Rue SRAGHNA GSM: 06 12 04 18 03

90, Rue Sragnas - Casablanca - GSM : 06 81 02 71 85 - 06 12 04 18 03

E-mail : mus.ben1707@gmail.com