

# 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.

M22- 0032962

Optique

AS5894  
 Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5318** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**ZHAR RACHIDA**

Date de naissance :

**26.08.62**

Adresse :

**26 Rue El Fazouzi Angle El Fustophia El Nsir**

Tél. :

**06.64.8218.56**

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**21.03.2019**

Nom et prénom du malade :

**ZHAR RACHIDA** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Sorex Dentaire**

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 :

**09 AVR 2023**

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



## 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.

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

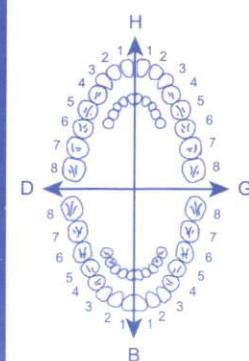
Dr. H. Fouad bra  
Chirurgien Dentiste  
44, Rue Abd-el-Abdullah N° 1  
Casablanca  
05.22.00.58.00 Fax 05.22.98.58.7

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	36	extraire D <sub>2</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	43	-- D <sub>2</sub>	MONTANTS DES SOINS
	44	-- D <sub>2</sub>	3000
	47	= D <sub>2</sub>	DEBUT D'EXECUTION
	34	= D <sub>2</sub>	05/03/23
	35	= D <sub>2</sub>	FIN D'EXECUTION
			21/03/23

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



## (Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Chirurgien-Dentiste  
Ex. Attachée au Service de Stomatologie  
de l'hôpital Saint Louis (Paris)

- Parodontologie
- Implantologie
- Prothèse
- Chirurgie

Casablanca, Le : .....

Le/21 03/2023

e zher rachida

## Facture

Designation	Prix unitaire	Montant
extractions 36-43-44-47-34-35	500	3000
<b>Total</b>		<b>3000</b>

Docteur Laraki Bouchra  
Chirurgien Dentiste  
44 Rue Abou Abdellah Nafii  
Maârif - Casablanca  
Tél.: 05 22 98 58 80 - Fax: 05 22 98 58 74

36

Laraki Bouchra  
Chirurgien Dentiste  
44, Rue Abou Abdellah Nafii  
Maârif - Casablanca  
° 58 80-Fax: 05 22.98 58 74



63-44



34-35

LAKAB DOUARA  
Chirurgien Dentiste  
44, Rue Abou Abdellah Nafii  
Maârif - Casablanca  
05 58.80-Fax: 05 22 98 55 74



Lin

47

LARAKI CAB  
Chirurgien Dentiste  
44, Rue Abou Abdellah Nafir  
Maârif - Casablanca  
28 58 80-Fax 05 22 93 2 74

