

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### ditions 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.

### biologie 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.

### éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.

Pour le remboursement, la facture et la facture des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### ntitaire :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-586735

49008

Maladie

Dentaire

Optique

Auto

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0535

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RACHID AZZEDDINE

Date de naissance :

03/04/1957

Adresse :

Habituelle

Tél. :

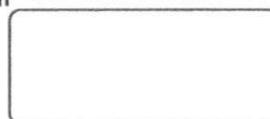
0667911155

Total des frais engagés :

36.20 MDT

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Si la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements nécessaires à l'attente du médecin conseil



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans 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 : 25/11/2020



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	
.....	.....	.....	
.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MILI Bouchaib macie Ouled Hriz Mohamed V, Berrechid tél: 0522 33 73 51 NPE: 062047295	10/10/2020	36.20 MDH

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du oratoire 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

**VIOLET ADHERENT**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la ~~doct~~nt 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'IC

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (8, 7, 6, 5, 4), upper right (8, 7, 6, 5, 4), lower left (3, 2, 1), and lower right (3, 2, 1). A vertical line and a horizontal line intersect at the center, defining a coordinate system. The horizontal line is labeled with 'G' at the right end. An arrow at the bottom points downwards, indicating the direction of the vertical axis.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE OUED HRIZ**  
**KAMILI Bouchaïb**  
**pharmacien**

124, Bd. Med V - Berrechid - Tél. : 33.73.51

FACTURE 12342

Date:

M. BACHIR AZZedine

MODE DE PAIEMENT :  ESPECES  CHEQUE  T. AITE

DATE DE REGLEMENT: \_\_\_\_\_