

## POUR REBOURSEMENTS 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.

### Éducation :

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.

### Traitements :

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

Reclamation : contact@mupras.com  
 Service en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Il garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

87125  Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00767 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENACHIR KHAZ DIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-65824

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de
DROITE	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42				
	GAUCHE				
HAUT					
BAS					

  

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires  PHARMACIE Montant de la facture  ANALYSES - RADIOGRAPHIES Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires  AUXILIAIRES MEDICAUX Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires	
DROITE	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42	H	25533412 00000000 35533411		21433552 00000000 11433553
	GAUCHE	D			
HAUT		G			
BAS					

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession



W16-068183

DATE DE DEPOT

..... / ..../ 201...

184125

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Me 767

Nom & Prénom HABDA N° 2

Fonction : RETRAITÉ Phone 0522907029  
0665328466

Mail HAY EL ALIA RUE 03 N° 38 OULET CASAB

MEDECIN Prénom du patient BEN ACHIR KHADJA  
Adhérent  Conjoint  Enfant  Age Date 21.09.2021  
Nature de la maladie Date 1ère visite

color Khadija

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
V	1	300 HT

PHARMACIE Date 24/09/2021

Montant de la facture

152.70



ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires  
AM PC IM IV

**Dr. Khadija BELKEBIR**  
**MEDECINE GENERALE**

الدكتورة خديجة بلكبير  
الطب العام

Lot. EL Alia - Rue 27 N° 94  
Bd. Oued Tansift - EL Oulfa  
**☎ : 05 22 90 48 76 - CASABLANCA**

تجزئة العالية - الزنقة 27 الرقم 94  
شارع وادي تانسيفت - الألفة  
الهاتف : 05 22 90 48 76 - الدار البيضاء

54,00

45,90

27

52,80

31

152.70

