

# 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.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° M21- 074696 MLD

Optique 118867  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01697 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BELBEIDA MOHAMMED

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : DERB EL HANA RUE TA N° 24

CASA Tél. : 0662026433 Total des frais engagés : 1336 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



INP : 091019786 Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BELBEIDA MOHAMMED Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Hypertension

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 : 08/01/2022 Le : 01/04/2022

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
22.04.2022	C 2		250000	DR. BENAREES TAAMAL Endocrinologie - Diabète - Anas Rouje - Diabète - Gastro-entérologie - Tel: 0522 321 414

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
5533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
5533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arch is shown in a perspective view.

**[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

### Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

**Nom et prénom :** BELBEIDA MOHAMED

**Matricule :** 01697 **N° CIN :**

**Adresse :** DIRB EL HANA RUE 17 N° 24 CASABLANCA -

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

**Je soussigne :** Dr BENABEES TARIK ZEGLIZ  
Endocrinologue - Diabète  
Anesthésiste - Médecin d'Assurance Maladie  
Immunologue - Médecin d'Assurance Maladie  
Casablanca - Tel: 0522 93 31 49

**Spécialité :**

**N° ICE :** 0016977 161000 85 **N° INPE :** INP : 091019786

**Certifie que Mlle, Mme, M. :**

**Nécessitant un traitement d'une durée :**  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie  
6 mois.

**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

Diabète + hypertension

**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitements prescrit :**

vera acide 10 + 6 mois.

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

**Fait à :** le 22/04/2022

**Cachet et signature du médecin traitant :**

DR. BENABEES TARIK ZEGLIZ  
Endocrinologue - Diabète  
Anesthésiste - Médecin d'Assurance Maladie  
Immunologue - Médecin d'Assurance Maladie  
Casablanca - Tel: 0522 93 31 49

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées