

# 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

- Reclamation : 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 2118 Société : R.A.M.

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : TALLABI AHMED

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : AL KHANGANA, EL M. 185 casablanca

Tél. : 06 72 18 01 31 Total des frais engagés : 3.560,40 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/06/2019 Nom et prénom du malade : Mohamed Fakir Age :

Lien de parenté : Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allot op + la Sclerop

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 : Casablanca Le : 26/06/2019

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

## 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
19/06/2022	S		600,00	Dr. MAMAK FOUAID MEDICIN EXPERT Bd. Ouled Ali Errabbi Rue 69 N° 4 - Oulad - CASABLANCA TEL: 05 22 90 51 65

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe K Rue 184 N° 23/25 El Oued Casablanca Tél.: 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000026.	29-6-2022	360,30

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

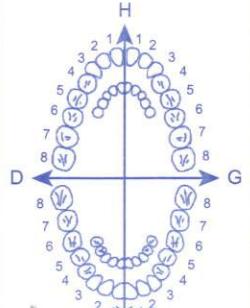
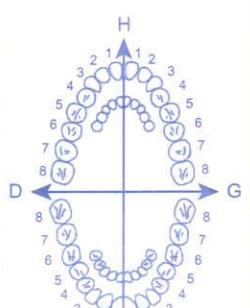
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

## 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														
																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>(Création, remont, adjonction)</td> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>	(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p>Coefficient des travaux</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid #ccc; margin-bottom: 10px;" type="text"/> <p>Montants des soins</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid #ccc; margin-bottom: 10px;" type="text"/> <p>Date du devis</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid #ccc; margin-bottom: 10px;" type="text"/> <p>Date de l'exécution</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1; margin-top: 20px;"> <p>Debut d'exécution</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid #ccc; margin-bottom: 10px;" type="text"/> <p>Fin d'exécution</p> <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid #ccc; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div> </div>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
(Création, remont, adjonction)																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

~~PHARMACIE SOFIANE~~  
Groupe Pharmacie 154 N° 23/25  
EL Oufa - Casablanca  
Tél. : 05 22 90 51 63  
I.C.E : 00050024600 0026

خبير محلل لدى المحاكم

خريج جامعة مونبليي 1

الفحص بالصدى

19/08/22

Casablanca, le :

Adeby Fatima



116,00

- Sofia Sochek 1P (1bte 1f)

1R x 2g , avt k

134,10 Antesas 16



1g 1/undi d

56,90

Felab oppo



13,20

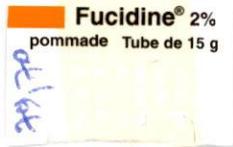
Alrik



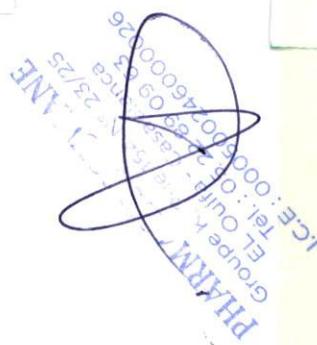
39,70

- Euclid + pro - obs  
    esplicit x }

$$f = 360, 30.$$



INPE: 092054428



PPV: 116DH00  
PER: 02-25  
LOT: L489