

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0014678

230429

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société :   
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :   
 Nom & Prénom : KOUN - M   
 Date de naissance : 06/07/50   
 Adresse : Casa   
 Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : 553,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation :   
 Nom et prénom du malade : Blitiane Raja Age :   
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant   
 Nature de la maladie :   
 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 : Casa Signature de l'adhérent(e) :   
 Le : 21/09/22

## Adresses Mails utiles

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

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
28/07/92	1005	64	3001	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Montant de la Facture

28/07/92

253,30

# 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  
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

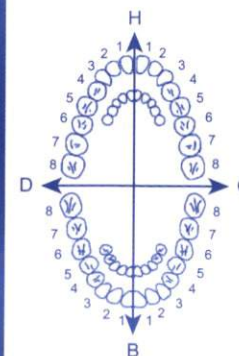
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

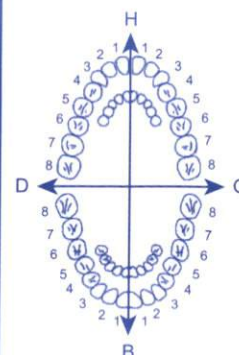
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Esthétique
- Soins
- Implants
- Prothèse
- Pédodontie
- Blanchiment
- Soins au laser
- Orthodontie
- Radiographie panoramique
- Parodontie Et Endodontie

- D.U. D'implantologie chirurgicale orale
- C.F. Parodontie et chirurgie muco-gingivale
- C.F. Esthétique dentaire
- C.F. Orthodontie
- C.F. Endodontie

Casablanca le

27/07/2024

- 1) Bispinazole (44)  
14/15 pbt 105
- 2) DIFAL soup (44)  
14/15 pbt 105
- 3) ULTRA-LEONAR (68)  
16/17 Aut repa
- 4) Aluclure (68)  
16/17 Aut repa

PPV 75DH  
PER 04/24  
LAT L1379

ASSI FIHRI  
Mar - Casablanca  
22 25 46 85

DIFAL®  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44,20 DH  
6 118000 190349

854 10 2021 10 2024  
BIOCODEX MAROC  
PPV 65.10 DH

Espace Palmier

34, Rue Charam Achaykh (derrière la préfecture de police) - Casablanca

05 22 98 23 88 / 05 22 98 25 37

drhanae92@gmail.com

INPE : 094011475 - I.F : 42400065 - P.T : 34770469 - ICE : 007743215000020

