

## 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

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| ○ Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| ○ Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| ○ Adhésion et changement de statut | adhession@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° W21-765041

133035

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13394

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ayoub chetouani

Date de naissance :

17/05/1996

Adresse :

Tél. : 0634247638 Total des frais engagés : 250



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Méde

Docteur Kenza RHISSASSI  
DERMATOLOGUE VENEROLOGUE  
Bd. Mohammed V Rés. El Hamd  
Appt. 9 - 3ème Etage - Mohammedia  
Tél: 0523 30 01 00 - GSM: 06 77 23 30 77

Cachet du médecin :

Date de consultation :

03/10/2022  
RKK Nejma

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Dermatose

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 : Mohammedia

Le : 03/10/2022

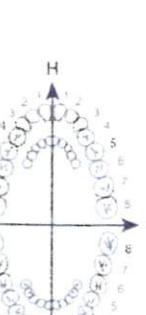
Signature de l'adhérent(e) :

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE													
Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.													
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>05533412</td> <td>21433559</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433559</td> </tr> </table> <p>(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	05533412	21433559	D	00000000	00000000	B	35533411	11433559
H	05533412	21433559											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433559											
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											