

# 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 : 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

N° P19- 0044662

148987

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 388

Société : RPT

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662175965 Total des frais engagés 200+226,2007 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

طبيب ملطف، خبير لدى المعاشر  
60، طريق مولاي التهامي  
قرب مستشفى الحي الجديدة  
مارولا - الحي الحسني - الدارالبيضاء  
الهاتف: 05 22 20 45 45

Date de consultation : 25/1/2023

Nom et prénom du malade : RI FIS AL Abdellah Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Infection Ce tableau

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) :

## 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
25 JAN 2023	Actes	C	200.00	دكتور سعيد طبيب ملحف، طريق ملحف 60، مستشفى الحسين (قسم الحجي)، سقلي 122

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 TAZI BENLAMLIH 040187 05 22 36 47 51	25/01/2023	256.20

## 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				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	
25533412	21433552
00000000	00000000

**(Création, remont, adjonction)**

The diagram shows a 10x10 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The grid is bounded by a thick black border. Arrows indicate movement paths: a vertical arrow on the left side, a horizontal arrow at the bottom, and a diagonal arrow pointing up and to the right. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 1, 2, 2, 3, 3, 4, 4, 5, 5
- Row 2: 6, 6, 7, 7, 8, 8, 9, 9, 10, 10
- Row 3: 11, 11, 12, 12, 13, 13, 14, 14, 15, 15
- Row 4: 16, 16, 17, 17, 18, 18, 19, 19, 20, 20
- Row 5: 21, 21, 22, 22, 23, 23, 24, 24, 25, 25
- Row 6: 26, 26, 27, 27, 28, 28, 29, 29, 30, 30
- Row 7: 31, 31, 32, 32, 33, 33, 34, 34, 35, 35
- Row 8: 36, 36, 37, 37, 38, 38, 39, 39, 40, 40
- Row 9: 41, 41, 42, 42, 43, 43, 44, 44, 45, 45
- Row 10: 46, 46, 47, 47, 48, 48, 49, 49, 50, 50

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

