

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 53.18 Société : 158945

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZHAR RAHIMA

Date de naissance : 26.08.1962

Adresse : 26 Rue El Fourat angle Quai de l'horloge et Avenue

Tél. : 664821896 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR EL MENJRA Zineb  
Chirurgien Dentiste  
26, Angle Rue Omer Slaoi et  
Rue d'Agadir Rue Omer Slaoi et  
Tél: 0522222364

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30.03.2023

Nom et prénom du malade : Zhar Rahima Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Douloureux

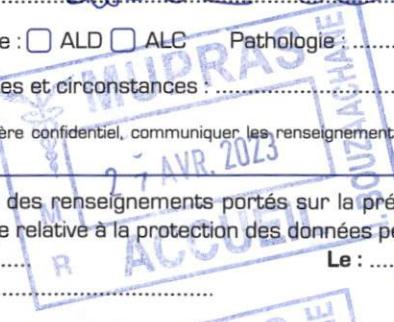
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : ..... Le : 31/04/23

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du F	Date	Montant de la Facture
	1978-01-01	..... ..... .....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

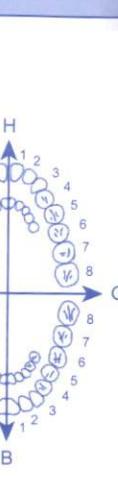
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

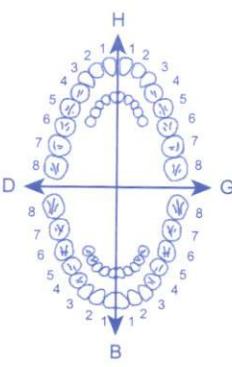
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

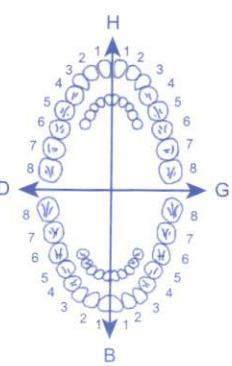
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	—	Consultation Dr	CoeffICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
		Dr EL MENJRA Zineb Chirurgien Dentiste 26, Angle Rue Omar Sloui et Rue d'Agadir, El M 3 N° 5, Casablanca Tél: 0522 22 36 64	30/08/23
			D'EXECUTION
			30/08/23



**DR EL MENJRA Zineb**  
Chirurgien Dentiste  
26, Angle Rue Omar Sladui et  
Rue d'Agadir, Ent 3 N° 5, Casablanca  
Tél: 0522 22 36 64

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE



#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Zineb EL MENJRA**  
**Chirurgien dentiste**  
Lauréat de la faculté de médecine  
Dentaire de Casablanca



**د . زينب المنجرا**  
**طبيبة جراحية**  
خريجة كلية طب الأسنان بالبيضاء

Facture N: 3012

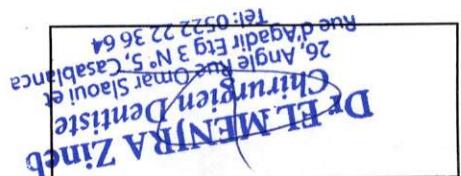
Date: 30/05/2013

Nom du patient: ZHAR Rachida

Date	Dents	Acte	Coef	Montant
<u>30/05/2013</u>	-	<u>Consultation</u>	<u>0,10</u>	

La présente note est arrêtée à la somme de :

200 Dhs

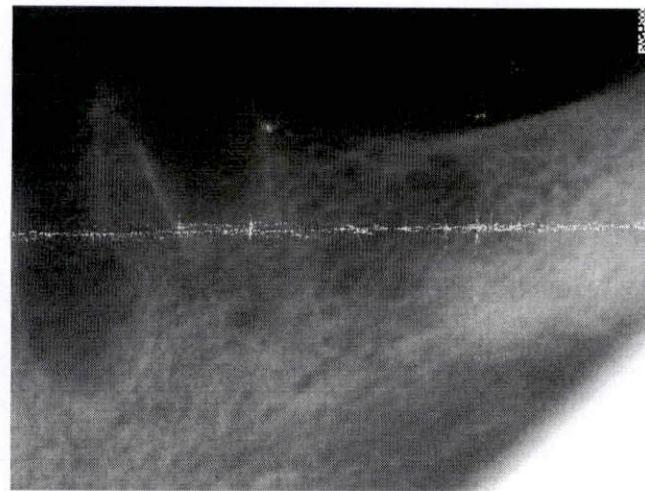


26 angle Omar Slaoui et rue d'agadir , 3 -ème étage numéro 5 Casablanca  
Tél : 05 22 22 36 64 / Email : [dr.elm.zineb@gmail.com](mailto:dr.elm.zineb@gmail.com)  
P : 34205238 / ICE : 003076004000068 / IF : 52447749 / INPE : 064197296



Lin

Dental Imaging Software V6, 14, 6, 3



Lin

Dental Imaging Software V6, 14, 6, 3