

# 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.

M22- 0046551

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2516**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HARCHACHE**

**EL MAACHI**

**PEC** **161359**

Date de naissance : **07.12.1956**

Adresse : **Hay Hattanui Bloc 102 n° 20 DB ELAMAL, CASA**

Tél. : **06 78 56 77 87**

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr TOUIJAR Rachid**  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Al Idrissi et Rte  
d'Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél: 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Date de consultation : **06/06/2023**

Nom et prénom du malade : **HARCHACHE EL MAACHI** Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**points d'appui fissures lésions**

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**  
M 07 JUIN 2023  
R ACCUEIL D'OUZAGHANE

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie **M22-0046551**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

### 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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>RADIOLOGIE HAU HASBANI</i> 10, Imp. Communale d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane Tél. 05 22 90 10 10 / 05 22 90 10 05	06.06.23	20	200,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

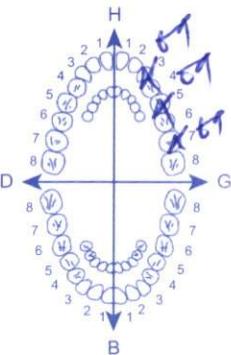
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	23 25 27	D <sub>1,2</sub> D <sub>1,2</sub> D <sub>1,2</sub>	D <sub>1,2</sub>
			COEFFICIENT DES TRAVAUX D <sub>30</sub>
			MONTANTS DES SOINS 250,00
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
			COEFFICIENT DES TRAVAUX D <sub>120</sub>
			MONTANTS DES SOINS 2400,00
			DATE DU DEVIS 06.06.23
			DATE DE L'EXECUTION
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Dr. TOUIJAR, Rachid Chirurgien Dentiste Angle 11 Avenue Tahmine et Rte d'Azemmour N° 02 22 91 50 89 Tél: 05 22 90 08 55/05 22 91 50 89
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HARCHACHE EL MAACHI 07 12 56  
ID 44051

RADIOLOGIE HAY HASSANI

06/06/23

Scale 117%



66,0kV 8,0mA 16,7s 105,7mGy×cm<sup>2</sup>