

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)

Nº P19-0034599

195495

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6755 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Moustapha El Amin

Date de naissance : 01/01/1963

Adresse : 46 Rue Cheikh Maâdi EL A-NAYE H DAHA BERRECHID

Tél. 0656975810 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mostafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Mansour - Berrechid  
Tel. 05 22 33 66 41

Date de consultation : 31/1/2014

Nom et prénom du malade : KHALNI Hayat Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Prise en charge

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 : BEAVERCOURT Le : 13/12/2014

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

#### **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
			350,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

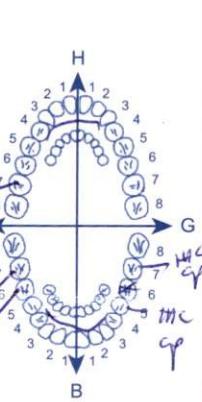
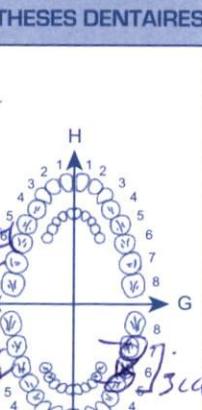
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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

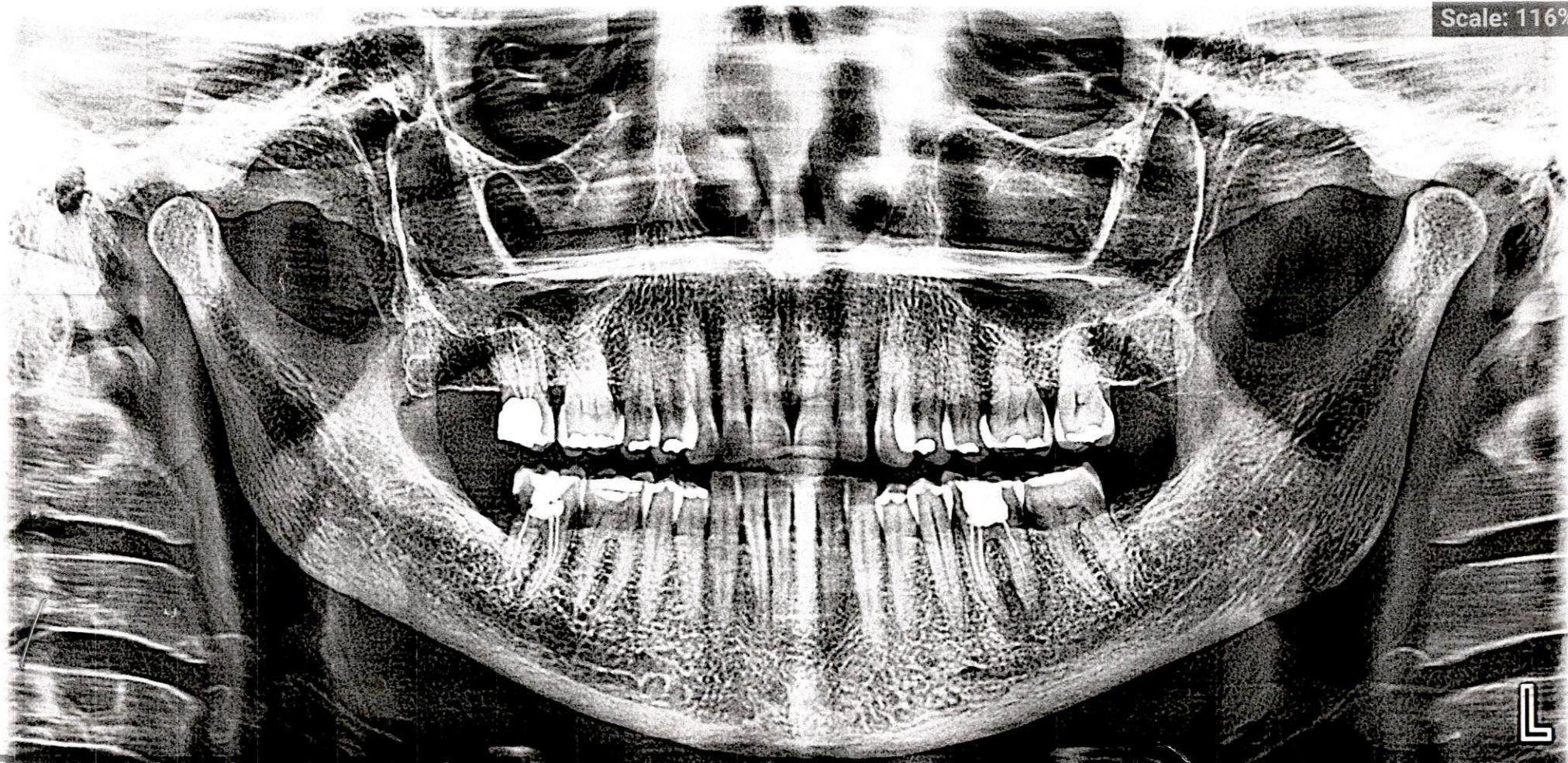
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		Detour D12		COEFFICIENT DES TRAVAUX P 124
		Detour D12		
	35	HtC+cp D30 38abs		MONTANTS DES SOINS 33000
	37	HtC+cp D40		
	46	cp faces D15		DEBUT D'EXECUTION
	47	cp faces D15		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		FIN D'EXECUTION Dr Mostafa LOUAHLIA
		H 26533412 21433552 00000000 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX Dr Mostafa LOUAHLIA
		D 00000000 00000000 36533411 11433553		
		B		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS 15000
		Bridge 35x37 3 CCH + CCH 47		
		+ 66#A7		DATE DU DEVIS 31/1/24
Dr Mostafa LOUAHLIA Médical Dentiste				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Angle Bd. Mohamed V et Rue Yacoub Al Mansour - Berrechid Tél. 09 92 33 66 41				
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Dr Mostafa LOUAHLIA Médical Dentiste Angle Bd. Mohamed V et Rue Yacoub Al Mansour - Berrechid Tél. 09 92 33 66 41

Dr Mostafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Mansour - Berrechid  
05 22 33 66 41

**Khalmi Hayat**  
**Date De Naissance :**

Dr Mostafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Mansour - Berrechid  
05 22 33 66 41

Scale: 116%



31/01/24 68,0kV 10,0mA 16,0s 134,1mGy×cm<sup>2</sup>

N° Dossier: 195495 L4  
N° Dossier externe: PEC-6755-19 02 2024  
Type de dossier: DENTAIRE  
Bénéficiaire: KHALMI HAYAT  
Situation: En attente  
Sous-situation: ---  
Date de début: 19-02-2024  
Date de fin:  
Date de saisie: 19-02-2024  
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
20-02-2024	Manuel	PAS DACC POJR CCC DENTS POST A REMPLACER PAR CCM