

## **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.

## Radioologie 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.

• Mandatano deu a deputado estadual que se juntou ao deputado federal para a comissão de comissão de direitos humanos.

BIBLIOGRAPHY

■ L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

■ Pour la remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dynamique

- 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 ALG

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

#### Adresses Mails utiles

Autres liens utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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.

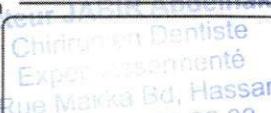
MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 28 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W19-483732

182291

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>08652</u>		Société : <u>R.A.M.</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : <u>MAAROUFI MUSTAPHA</u>			
Date de naissance : <u>10/01/1976</u>			
Adresse : <u>n° 14, Passage Abu DAR Moustapha</u>			
Tél. : <u>06 45 20 56</u>		Total des frais engagés : <u>110000 A</u>	
Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>01/11/19</u>			
Nom et prénom du malade : <u>MAAROUFI</u>			
Age: <u>43</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Seignes Dolorées</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicconfidential 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 : CHB N

..... de l'adhérent(e) : .....

Le : 05/11/2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

PAIEMENT HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

VOLET ADHERENT

#### 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers are arranged as follows: Row 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Row 2: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. Row 3: 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Row 4: 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. Row 5: 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6. Row 6: 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5. Row 7: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4. Row 8: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3. Row 9: 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2. Row 10: 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. Arrows point from circle 1 to 2, 2 to 1, 3 to 2, 4 to 3, 5 to 4, 6 to 5, 7 to 6, 8 to 7, 9 to 8, and 10 to 9. There are also arrows pointing from circle 1 to 10, 2 to 9, 3 to 8, 4 to 7, 5 to 6, 6 to 5, 7 to 4, 8 to 3, 9 to 2, and 10 to 1. The grid is bounded by a black border.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

L'EXECUTION

## NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : Dr Abdelhakim JABIR N° de L'INPE : 064019383 N° de L'ICE : 001887422000011 N° de L'IF : 93018009						
Dr. <u>Abdelhakim JABIR</u> Date : <u>01-11-19</u>						
Dents traitées	Code clé	Dates des actes	Lettre clé+cotation NGAP	Valeur clé	Montant facturé	Signature cachet du médecin dentiste
18 reb	0213	22/10/19	0	10	200,00	 <i>Docteur JABIR Abdelhakim Chirurgien Dentiste Exercice à Berrechid 5, Rue Mekka Bd Hassan II Tél : 05 22 33 66 33</i>
28 reb	0213	24/10/19	0	10	200,00	
12 CL.D.	0200	30/10/19	0	10	300,00	
13 CL.M.	0200	01/11/19	0	10	300,00	
Montant global : <u>1100,00</u> Mode de paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque						

SIGNATURE ET CACHET

Adresse : 5, Rue Mekka Bd Hassan II Berrechid

Téléphone : 05 22 33 66 33

E-mail : docteurjabir@gmail.com

  
*Docteur JABIR Abdelhakim  
Chirurgien Dentiste  
Exercice à Berrechid  
5, Rue Mekka Bd Hassan II  
Tél : 05 22 33 66 33*