

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

12611

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019057

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8735 Société : KAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLAOUI ATIAN Date de naissance :

Adresse : 12

Tél. : 0521.32.2194 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. MOUAOUIT Khalid  
75, Bd. Moulay Youssef  
Casablanca  
Tél: 0522.26.41.01/0522.20.90.15

Date de consultation : 12/09/2019

Nom et prénom du malade : SLAOUI Hasna

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Soins dentaires

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

**Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

Date

### Montant de la Facture

12/09/19

274. SB

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

**Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue**

Date

## Désignation des Cœfficients

## Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## Cachet et signature du Praticien

Date des  
Spins

**Nombre**

**Nombre**

## Montant détaillé des Honoraires

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

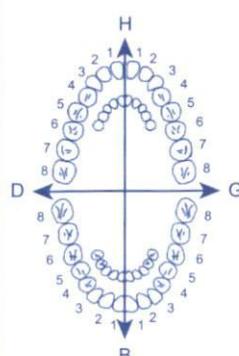
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		1RUG D6	
		35 Exo D40	
		paralveactmik	
			MONTANTS DES SOINS
			H1000
			DEBUT D'EXECUTION
			12/09/2015
			FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



**[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. M. LACHET DU FRANCIEN** AVOCAT ET NOTAIRE  
75, Bd. MOULAY HASSAN - Casablanca  
Tél. 0522 23.41.01/0522.20.90

75, Rd Moulay Youssef - Tel : 05 22.96.4701 / 05 22.90.90.15 - Eau d'Alma

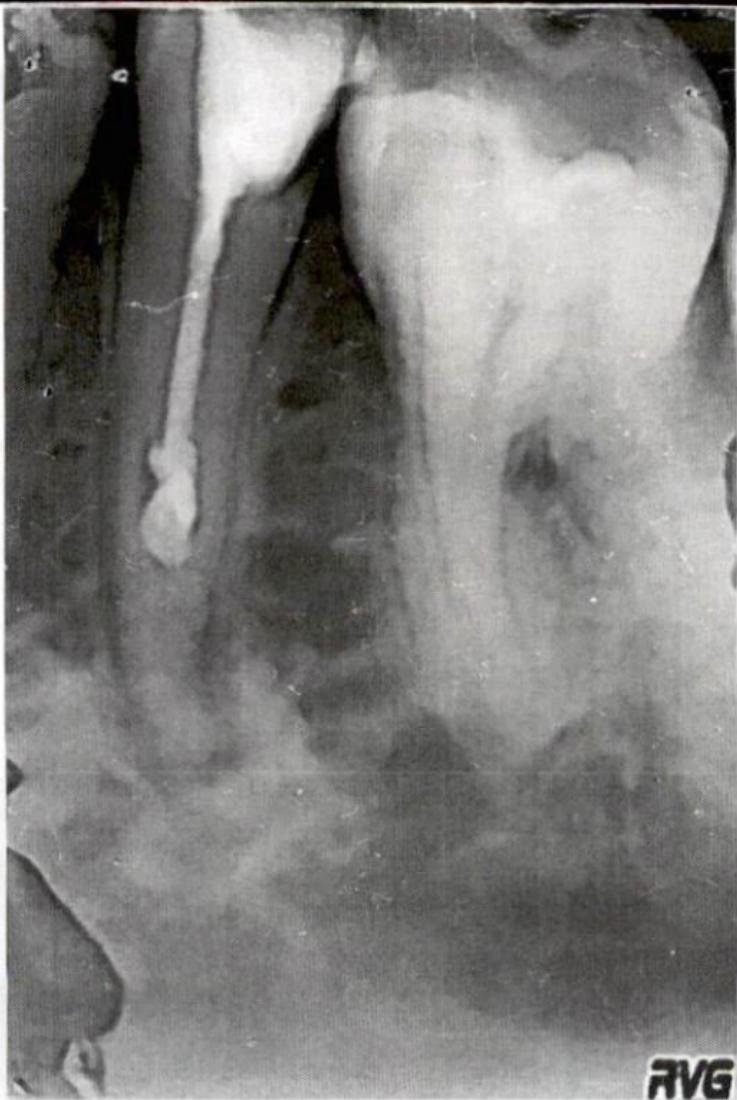
Dr. MOUATT KHALID  
75.Ba. JOURNAL OF CASE STUDY  
CASE STUDY HOUSES  
0522-2641.01022.20.97

as mēt

- ① Mixed by matrix of soil particles
- ② Fragile soil AC 3x / our
- ③ Interred among other soil particles 34 alluvium

Département de la Santé de Médecine  
Gendarmerie de Montréal  
DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
MÉDECINE PUBLIQUE  
L'ÎLE-DE-MONTREAL  
109, rue St-Louis Ouest  
Montréal, Québec H3C 1J2  
Téléphone : 514 490-1622  
Télécopieur : 514 490-1622  
Courriel : [medpub@mtl.msss.gouv.qc.ca](mailto:medpub@mtl.msss.gouv.qc.ca)  
Site Web : [www.mtl.msss.gouv.qc.ca](http://www.mtl.msss.gouv.qc.ca)

## *Sir. Wm. aquit Shadid*



**RVG**

*dent 35 .*