

# 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

- 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09736

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ELHAROUCHI SOUAD

Date de naissance : 13.10.69

Adresse :

Tél. : 06.69.28.49.42 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/2012

Nom et prénom du malade : EL harouchi souad Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Prothèses 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 la mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-062215

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 : 09736

Nom de l'adhérent(e) : EL HARO

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 16/02/12

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Net et signature du Soigneur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Achat et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

2188

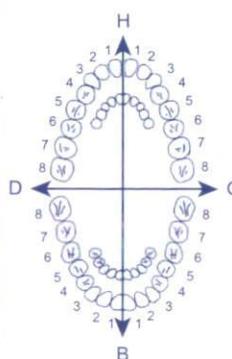
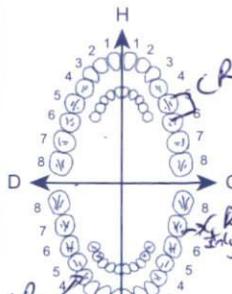
I est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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
	<i>Détartrage 3D</i> <i>3 séances</i>	<i>12</i>	<i>3D + 2D</i> <i>12 + 28</i>
	<i>44 D</i> <i>28</i>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <i>1200,40</i>
	<i>3A D</i> <i>28</i>		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <i>16/02/22</i>
			<b>FIN D'EXECUTION</b> <i></i>
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 B 11433553	<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <i>4D + 2D</i> <i>200 + 80</i>
	<i>[Création, remont, adjonction]</i> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <i>14600,40</i>
	<i>4 couronnes sur</i> <i>les 25 et 26 + 44</i> <i>et 37 + 27 + 11 sur</i> <i>cotes sur le 25 et</i> <i>37</i> <i>couronnes zirconium</i>		<b>DATE DU DEVIS</b> <i>16/02/2021</i>
	<i>2. Dr. Souza CHIRU SAADI</i> <i>Elage Apot. Casablanca</i> <i>Tel. 05 22 25 18</i>		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <i></i>
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>

VisionPACS 2009

RADIOLOGIE SOCRATE  
EL HAROUCHI SOUAD

Exam :  
Série: 1001

16/02/2021  
15h03m04

DT

PANORAMIQUE  
RADIOLOGIE SOCRATE

EL HAROUCHI SOUAD

WW 1028  
WC 419

Exam: 16.02.2021