

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0012205

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4244 Société : 125276

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAHRI Abdelkadir

Date de naissance : 19/07/56

Adresse :

Tél. : 06 66 70 89 19 Total des frais engagés : 428,00 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                         |          |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                         | Date     | Montant de la Facture |
|  | 02/08/22 | 428,00                |

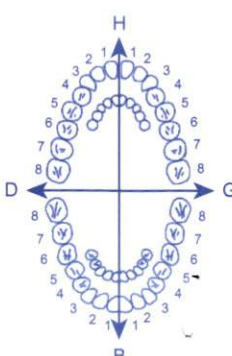
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

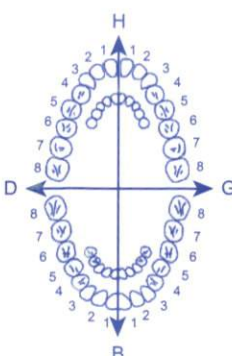
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                     | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                                                                     |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|  |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |                                                                                |
|                                                                                     |                   |                     |             |                                                                                     | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
|                                                                                     |                   |                     |             |                                                                                     |                                                                                |
|                                                                                     |                   |                     |             |                                                                                     |                                                                                |
|                                                                                     |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>         |                                                                                |
|                                                                                     |                   |                     |             |                                                                                     |                                                                                |
|                                                                                     |                   |                     |             |                                                                                     |                                                                                |
|                                                                                     |                   |                     |             |                                                                                     |                                                                                |
|                                                                                     |                   |                     |             |                                                                                     |                                                                                |
|                                                                                     |                   |                     |             |                                                                                     |                                                                                |

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>                     25533412    21433552<br/>                     00000000    00000000<br/> <hr style="width: 100%;"/>                     00000000    00000000<br/>                     35533411    11433553<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      <b>G</b> </div> </div> | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |                                                                                 |
|                                                                                       | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                 |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                      |
|-----------------|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|----------------------|
|                 |  |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |   |          |
|----------|---|----------|
|          | H |          |
| 25533412 |   | 21433552 |
| 00000000 |   | 00000000 |
| D        |   | G        |
| 00000000 |   | 00000000 |
| 35533411 |   | 11433553 |
|          | B |          |

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch  
Dr Abdelaziz ZOUAoui | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Le 2/8/2022



M. Tahni Abdelkhalil

- Omnipaque 350 un flacon  
428,00  
de 100 ml.

**S.V**



**PHARMACIE HAY RAJA**  
**Hicham BOUTIKA**  
Docteur en Pharmacie  
125 Bts, Av. des Pétroles Bd. Anoual  
Hay Raja Thermilège  
Casablanca - Tel : 022 22 05 25