

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5087

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEBTI JAMAL

Date de naissance : 01.01.61

Adresse : 225 Rue ABOU ZAÏD DAOUSSI ETG 5 APP 9

MAARI F CASA

Tél. : 06 77 06 62 34

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur NADIA SAADI  
Chirurgien Dentiste  
52, Rue Socrate 1er Etage Appt. N° 1  
Maârif Extention - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 32 78

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10.02.2024

Nom et prénom du malade : SEBTI JAMAL ASMAE Age: 13.07.65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Soins, Prothèses Dentaires

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 : 20.02.2024

Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie

M23- N° 0044553

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 : 5087

Nom de l'adhérent(e) : SEBTI JAMAL

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 20.02.24

### 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

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### VOLET ADHERENT

EDDADOU

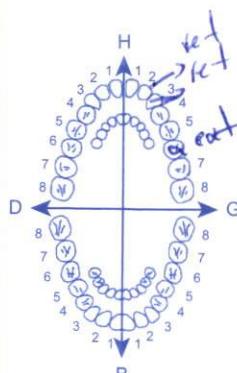
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

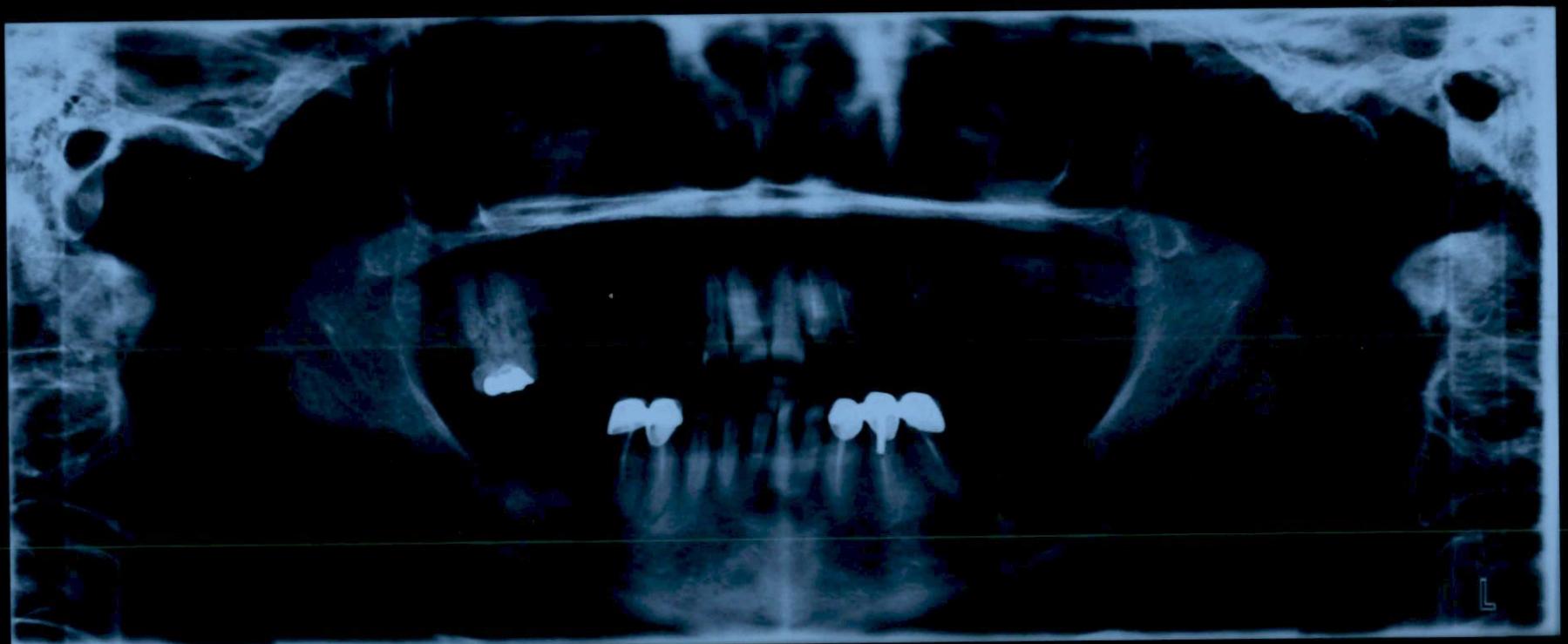
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	2 2 ext. 2 3 ext. 2 6 Ext	D 28 D 28 D 10	600,00 600,00 300,00
	Dent. Plaque. ( 2 séances )	2D	600,00 + 300,00 + 600,00 2100,00
			DEBUT D'EXECUTION 15/02/2024
			FIN D'EXECUTION 15/02/2024
			Coefficient DES TRAVAUX $2D + 2D_{80}$ + 120
			MONTANTS DES SOINS 1600,00 + 2000,00 3600,00
			DATE DU DEVIS 15/02/2024
			DATE DE L'EXECUTION 15/02/2024
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Docteur NADIA SAADI Chirurgien Dentiste 52, Rue Socrate 1er Etage Appl. N° 1 Maârif Extension - Casablanca Tel.: 05 22 25 32 78
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Docteur NADIA SAADI Chirurgien Dentiste 52, Rue Socrate 1er Etage Appl. N° 1 Maârif Extension - Casablanca Tel.: 05 22 25 32 78

LAMAI ASMAE.  
D Y5TIY607UOU8

CENTRE RADILOGIE DENTAIRE PR BAITE

Scale: 100%



15/02/24 68,0kV 8,0mA 22,1s 86,2mGy×cm<sup>2</sup>