

# 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.
- 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 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 ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
**9933**

Société : **REVOIR de date**

Actif

Pensionnée)

Autre :

Nom & Prénom : **BENABIDA HABIBA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

52, Rue Sociale 1er Etage App'tn. 1  
Chirurgien Dentiste

Docteur NADIA SADDI

Tel: 0522 25328

Date de consultation : **20/02/2014**

Nom et prénom du malade : **1<sup>re</sup> Benabida Habiba** Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Soins à 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'att. médecin conseil de 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

W21-842865

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

\* 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	
	14	eat	D	300,50	DD 20 10 12
	24	eat	B10	300,50	
		Defauts de serrage			MONTAN DES SOIN
		(Serrage)	1D	600,50	1200,50
					DEBU D'EXECUT
					CHIRURGIE Dentaire RUE SOCIETE DE L'EMPIRE APTN. 1 MARCHÉ EXTERIOR - CASABLANCA TEL. 05 22 25 32 78
					DOCTEUR NADIA SADDI
					FIN D'EXECUT

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a circular DNA molecule with four distinct strands. The strands are labeled with the following sequence of bases:

- PAP**: Top strand, starting with A.
- H**: Second strand from top, starting with T.
- G**: Third strand from top, ending with C.
- B**: Bottom strand, ending with G.

The strands are interconnected by vertical segments representing phosphate groups and horizontal segments representing nitrogenous bases. The labels PAP, H, G, and B are written vertically along their respective strands.

35533411 | 11433553

B	MONTAN DES SOIN
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraire
CCN sur la 13 D <sub>80</sub>	3000,40
CCN sur la 13 D <sub>80</sub>	3000,40
Fibre sur la 13 D <sub>80</sub>	3000,40
AP PA D resp 14,24, 14 <sup>80</sup>	2000,60
AP Ste in p 144 45,47	3000,40
34 et 37	
SZ ZZ SA : 101	

**Médecin Extérieur - Casablanca**  
Rue Sidi El Hachem 1<sup>e</sup> Etage Appart N° 1  
52  
**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION