

# 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Alal Ben Abdellah - 5ème Etage App. Rue Mohamed Elbajel - Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Haroun



## Déclaration de Maladie

W21-849955

PEC

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06939 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OMAKEN ABDELLAH

Date de naissance : 08/10/1961

Adresse : LOT 12 HAGG FATEH - EL OULFA

Tél : 0668140416

Total des frais engagés : 27.000,-

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/04/2024

Nom et prénom du malade : M. OMAKEN Abderrazak Age: 63

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'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 : CA MA Le : 15/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-849955

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

Matricule : 06939

Nom de l'adhérent(e) : OMAKEN

Total des frais engagés : 27.000,-



# RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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

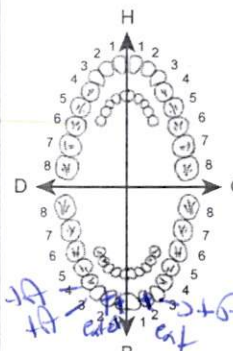
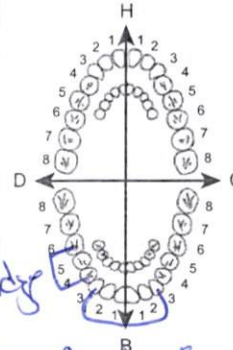
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAV.
	32	Eat	D <sub>p</sub>	300,00	30, 30, 20 28 28 2
	41	Eat	D <sub>p</sub>	300,00	
	42	Eat	D <sub>p</sub>	300,00	MONTAN DES SOIN 300,00
	33	TA	D <sub>28</sub>	600,00	
	43	TA	D <sub>28</sub>	600,00	DEBU D'EXECUT 15/4/24
	44	TA	D <sub>28</sub>	600,00	
	Détailage (2 racines)		2D <sub>12</sub>	600,00	FIN D'EXECUT
	Docteur NADIA SAADI				
	Chirurgien Dentiste				COEFFICIENT DES TRAV.
	52, Rue Socrate 1 <sup>er</sup> Etage Appt. N° 1				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTAN DES SOIN 2700,00
	Tél.: 05 22 25 32 78				
	25533412 21433552				DATE DI DEVIS 15/4/24
	00000000 00000000				
	00000000 00000000				DATE DI L'EXECUT
	35533411 11433553				
	B				COEFFICIENT DES TRAV.
	[Création, remont, adjonction]				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTAN DES SOIN 18000,00
	Bridge CN sur Pw				
	33.32.31 41 42 et 43				DATE DI DEVIS 15/4/24
	1 bridge CN sur Pw				
	44. 45 et 46				DATE DI L'EXECUT
	Docteur NADIA SAADI				
	Chirurgien Dentiste				COEFFICIENT DES TRAV.
	52, Rue Socrate 1 <sup>er</sup> Etage Appt. N° 1				
	Maadi Extension - Casablanca				MONTAN DES SOIN 9000,00
	Tél.: 05 22 25 32 78				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



# RADIOLOGIE SOCRATE

OMALEK ABDERAZAK

Date de naissance: 08/10/1961

Identification du patient: AD1C2D32-2764-4213-94E6-A1D186788AD9

