

# 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

- 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.

M23- N° 0044114

Maladie  Dentaire  Optique  pec  Autres

REC

Matricule : 20472 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

Nom & Prénom :

Khebbab Mustapha

202686

Date de naissance :

11/05/1950

Adresse :

Tél. : 0626 6796 73

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Dr TOUIJAR Rechid  
Chirurgien Dentiste  
Anglo Bd Abderrahman et Rte  
d'Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél: 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Cachet du médecin :

Date de consultation 18/04/2024

Nom et prénom du malade : KHEBBAB DZEA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

pour et perte de 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0044114

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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

A F F A P O U

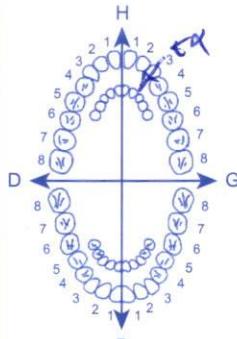
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
 2 3 rhœnia 9 Décalage 9 + 11 9L (2 1 2 au)				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D 34</span>				
MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">850,-</span>				
DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>				
FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D 170</span>				
MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3400,-</span>				
DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">18.04.24</span>				
DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Dr TOUJAR Rachid Chirurgien Dentiste</span>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Rte Angl. Bd Alm. Hassan Casablanca d' Azemmour 35/0522 91 50 89 Tél: 0522 90 98 35</span>				