

## 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 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 tous les 6 mois.

### 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <b>10356</b>	Société : <b>R.A.M.</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ERRIAI CHI - RACHID</b>			
Date de naissance : <b>30 - 01 - 1965</b>			
Adresse : <b>LOT EZZOURBIR 289 I apt 1 oufia</b>			
CASA			
Tél. : <b>06 61 78 76 31</b> Total des frais engagés : <b>677,20</b> Dhs			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>12/09/19</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BENNAIJAT mouloud</b> Age : .....			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Fracture de la clavicule</b>			
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 :** **Casab** **Signature de l'adhérent(e) :** **Accueillie/Ram** **Le :** **18 SEP. 2019**



### 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
				INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE DU FOURNISSEUR	12/09/2019.	€ 77,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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	INP : 094N7M54
25 Extraction D6				D No
				MONTANTS DES SOINS 600,45
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION 20 SEP. 2019
				Mos 19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

25533412	21433552
00000000	00000000
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr Mounir EL MASSNAOUI

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthodontie

Enfants et Adultes



الدكتور مونير المساوي

طبيب جراح للأسنان

الخاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

لالأطفال والكبار

Casablanca, Le : 12-05-19

Nom et Prénom : BOUINIAI YAT Nidha

55,-

1) Clamoxyl 14,-

PPV: 55,00 DH  
LOT: 573173  
PER: 10/20

22,- 1,4,- 2x15 pvt

2) Codosipranol 14,-

S.V

1,4,- 2x4 pvt 3,-

PPV: 22DH20  
PER: 03/21  
LOT: I735

77,20





Centre Dentaire  
**Zoubir**

**Dr. Mounir EL MASSNAOUI**  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en orthodontie  
Enfants et adultes

Casablanca, le : 12/09/19

Nom et prénom : BOUNAILAT MALIKA

### ***note d'honoraire***

➤ ***Actes réalisés : Extraction de la 25***

➤ ***Cotation : D10***

➤ ***Honoraire : 600.00dh***

20 SEP. 2019

BN D10  
MK

***La présente note est arrêtée à la somme de :***

Six cent dirhams.

Dr. Mounir EL MASSNAOUI  
Chirurgien Dentiste  
Le Zoubir Im 55 2ème Etage  
Oulfa - Casablanca  
tel: 022 800 00 40