

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19- 0043824

*Deut*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2585**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HANNOVÍ Nouria ddine**

Date de naissance : **24/07/1955**

Adresse : **96 BIS Panorama Car**

Tél. : **06 30 31 8885**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **HANNOVÍ Nouria ddine** Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

S.A. P. d. t.

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 : **13/09/2010**

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Chet et signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

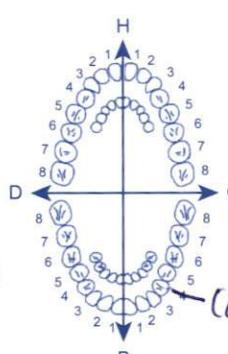
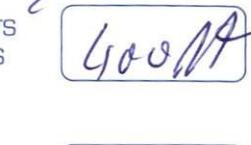
Chet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
		0	0	0	0	
		0	0	0	0	
		0	0	0	0	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

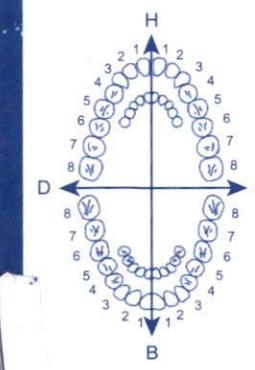
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### 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
	33	CP	400 M
			Coefficient DES TRAVAUX 
			MONTANTS DES SOINS 
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION 
			19/09/2019

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abderazzak AIT AIT AIT  
Chirurgien Dentiste  
2, Bd Berrechid 10000 Casablanca

Docteur ACHAB

Chirurgien Dentiste



الدكتور عشاب عبد الرزاق

طبيب جراحي للأسنان

طبيب سابق بمستشفى للامريم العائش

ORDONNANCE

Casablanca, le :

29/09/19

15 SEP. 2018

Facture

Dr. Abderrazak ACHAB  
Chirurgien Dentiste  
2, Bd Berrechid Rue 27 - Ain Chock  
GSM: 06 12 13 12 08

BP 10

→ Service

HANNON Nourddine a fait  
un poste sur 33 avec  
un enfant de 400th greater  
et M.

Dr. Abderrazak ACHAB  
Chirurgien Dentiste  
2, Bd Berrechid Rue 27 - Ain Chock  
GSM: 06 12 13 12 08



ORDONNANCE

Casablanca, le :

19/09/19

n° = HTN NTOVI  
No clivage

PPV: 126,30 DH  
LOT: 610816  
PER: 10/20

PPV: 222,00 DH  
LOT: 612393  
PER: 10/20

Dr. Abderrazak ACHAB  
Chirurgien Dentiste  
2, Bd Berrechid Rue 27 - Ain Chock  
GSM: 077 20 37 40/012 13 12 08