

## 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 à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

N° W19-453628



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21369

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZEID DAR BRAHIM

Date de naissance :

01/01/1952

Adresse :

105 Rue AL FOURAT N°7 MAARIF

Tél. : 0662100965

Total des frais engagés

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

ZEID DAR BRAHIM

Age:

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Traficaneh Jyunkap Sal Detour

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) :

25 SEP. 2019

Le : / /  
ACCUEIL

Signature : / /

#### **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 : <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **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

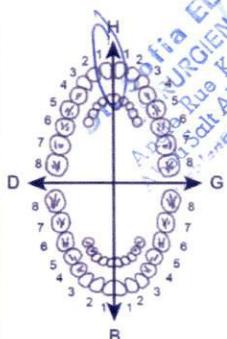
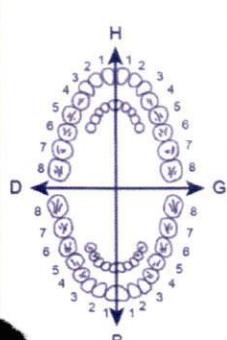
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
			INP : <input type="text"/>												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> <b>P<sub>3c</sub></b>												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> <b>900,00</b>												
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> <b>07/05/15</b>												
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/> <b>07/05/15</b>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411	
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	11433553													
B	35533411														
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

CHÉT DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

**Dr. Sofia El Yacoubi**

Chirurgien Dentiste

Diplômée de la F.M.D.C  
C.E.S en prothèse fixée  
Dentisterie-Esthétique

**الدكتورة صوفيا اليعقوبي**

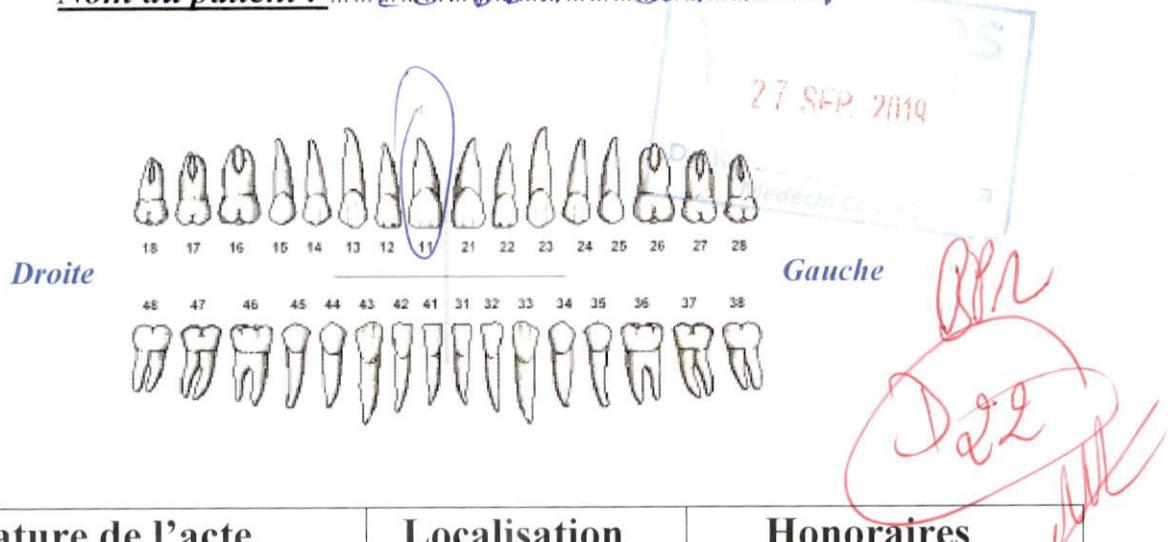
طبيبة جراحية للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
إختصاصية في التعويضات التابثة  
تجميل الأسنان

Casablanca, le ..... 17/3/15 ..... الدار البيضاء، في

**FACTURE DES SOINS ET ACTES BUCCO-DENTAIRE**

Nom du patient : ZEID DDAK BRAHIMA



Nature de l'acte	Localisation de la dent	Honoraires
Détartrage + polissage		500,
capsule	11	400
<b>TOTAL</b>		900 DT/15

Dr. Sofia EL YACOUBI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Angle Rue Kadi Iass et Rue  
Abousalt Al Andalousi - Maârif  
Tél. : 0522.986.186 - 06.61.13.75.23