

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

CD

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10786

Société :

R. A. M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hmrc OUAIDI Fatiha

Date de naissance : 08 - 12 - 74

Adresse :

Tél. : 06.61.21.47.95

Total des frais engagés :

4.100

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

~~Polyclinique Dentaire Casablanca~~  
~~Docteur Saad ESSAKI~~  
~~785 45 Modibbo Keita - Casablanca~~  
~~22 22 51 51 www.dentaire.r~~

Date de consultation :

Ouardi Fatiha

Nom et prénom du malade : Ouardi Fatiha Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sois dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

~~MUPRAS~~

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) :

~~Aljal Ben Abdellah~~

Le : / /

#### 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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.



Casablanca, le 29/08/2019  
Docteur Saïd ESSALKI  
765, Bd Modibo Keita - Casablanca  
Tel. 0522 62 51 51 - www.dentaire.tn

Note d'honoraire  
6276/2019

Patient : Mme OUADI (archive) FATIHA

Dent	Acte	Honoraire
1848	Détartrage complet sus et sous gingival	600,00
23	Composite	500,00
17	Composite	500,00
14	Composite	500,00
37	Composite	500,00
24	Composite	500,00
25	Composite	500,00
21	Composite	500,00
TOTAL		4 100,00

Somme arrêtée à : quatre mille cent dirhams

Polyclinique Dentaire Casablanca

