

# 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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13335

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAMZAHRA Fatima

Date de naissance : 12/07/1997

Adresse : CMN Unité SUP 3 N° 103 Manakech

Tél. : 0651 61 7823

Total des frais engagés : 900

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/10/19

Nom et prénom du malade : LAMZAHRA Fatima Age : 22

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : 2x Prostata

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

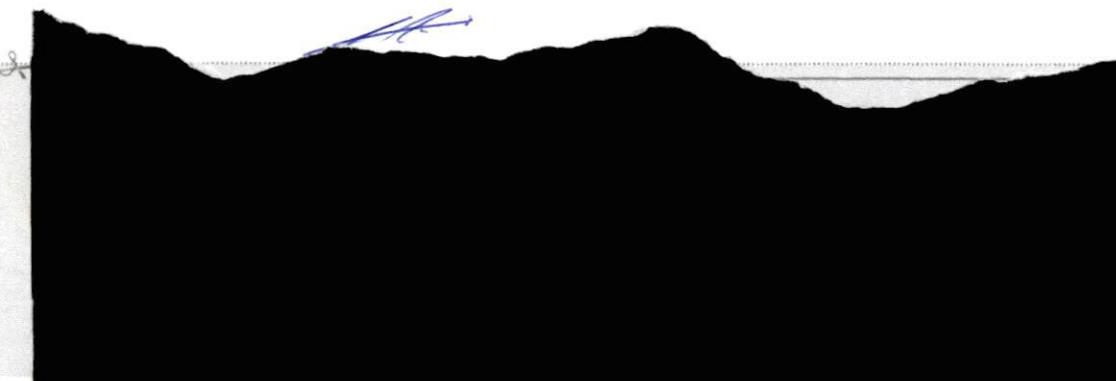
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

17 OCT. 2019

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 : Casablanca Le : 17/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :



## 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="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
	28/5/19	1xPneumot	2000Dhs

## 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'ODDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

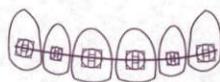
## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25833412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35833411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



إختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان والفك

Spécialiste en Orthodontie et Orthopédie Dento-Faciale

ORTHODONTIE EXCLUSIVE pour enfants et adultes

Technique Orthodontique Invisible, Orthodontie linguale

Diplômé des Universités de Paris

Marrakech, le 28/09/19

Facture 03056

Doit : Lamzahra Fatima

Désignation	Montant
- Rx Panoramique Dr. fatma	200,00 دhs

Montant Total : 200,00 دhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent dinars

Conditions de règlement : échéance

- Spécialiste qualifié en Orthodontie et Orthopédie Dentofaciale (Enfants et adultes)
- Diplômé des Universités de Paris
- D.U. d'Orthopédie dento-faciale
- C.E.S. d'Orthopédie dento-faciale
- D.U. de troubles fonctionnels oro-faciaux.
- D.U. de radiologie maxillo-faciale
- Membre de la fondation TWEED de Recherches orthodontiques (États Unis)
- Membre du collège national français d'occlusodontie

## Compte rendu de la Radio Panoramique

**Examen :** Rx panoramique dentaire réalisée en technique numérisée,

**Cher consœur,**

Je vous remercie de m'avoir envoyer **Mme. LAMZAHRA Fatima** Pour une Radio panoramique.

- L'os de support dentaire présente une hauteur et une densité normales.
- La 46 est délabrée et en état de racines. Notez aussi la carie proximale sur la 27.
- Les 8 inférieures sont incluses dans des positions postérieures, au niveau des trigones rétro-molaire, et présentent des rapports de proximité étroits avec le nerf dentaire inférieur.

Je reste à votre disposition pour toute suggestion ou complément d'information et vous prie d'agréer mes sentiments les plus respectueux.

**Dr. Khalid DAMI**