

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 913 Société : R - A - M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MENAJAH ELIDRISSI Fatoumz

Date de naissance :

Adresse : El esslement Jenat El beid 2 N° 45 Casab

Tél. : 066 733 4717 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Farid LAKEHAL**  
CHIRURGIEN - DENTISTE  
Spécialiste en Parodontologie-Implantologie  
02, Rue Ibnou Al Attar Residence Yasmine Maârif  
Tél: 0522 23 81 47 - 0522 23 11 48 Casablanca  
INP: 094014479 - Patente: 35133679

Date de consultation : 19/09/19

Nom et prénom du malade : MENAJAH ELIDRISSI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint Fatoumz  Enfant

Nature de la maladie : Prothèse Dentaire

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039683

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

et signature du Soigneur et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

88.00

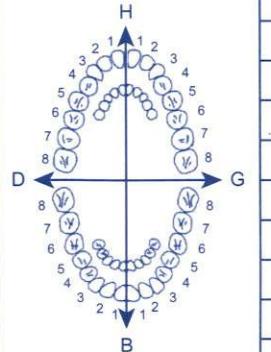
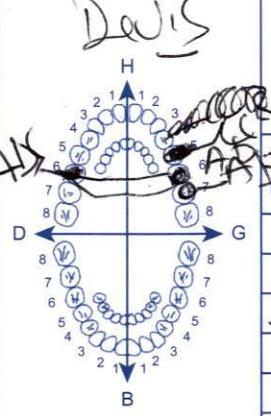
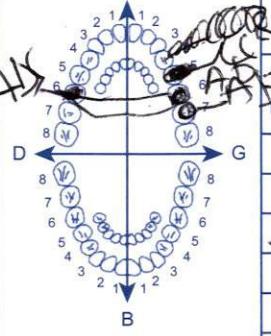
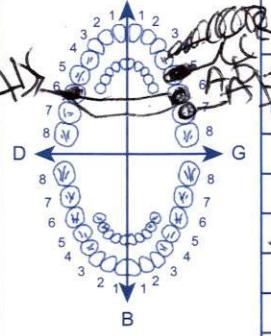
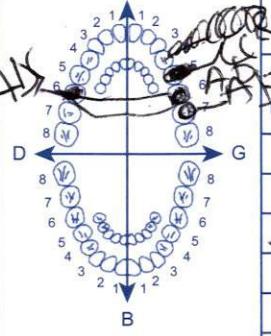
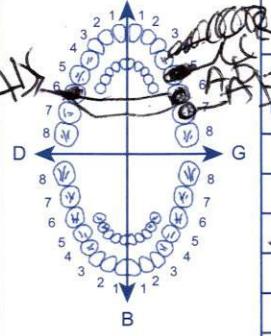
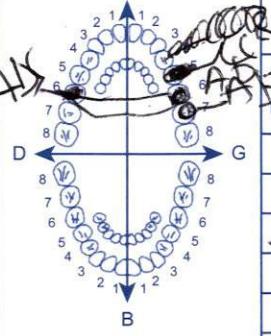
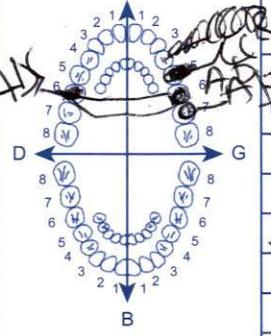
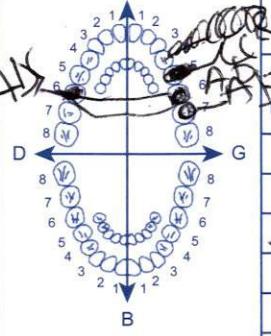
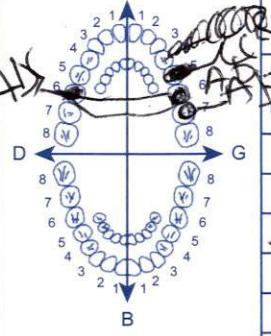
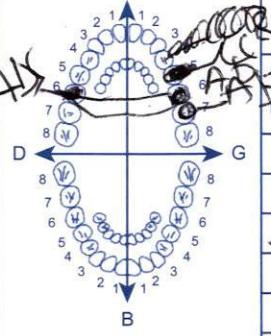
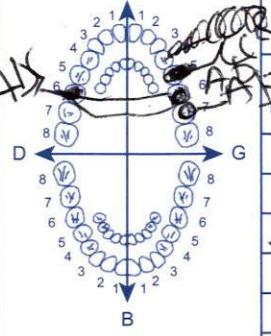
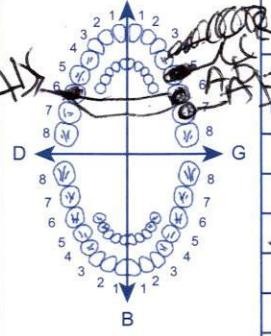
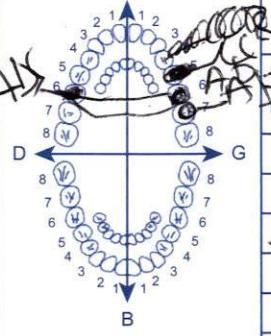
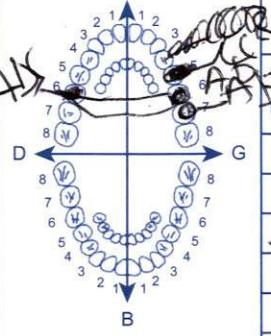
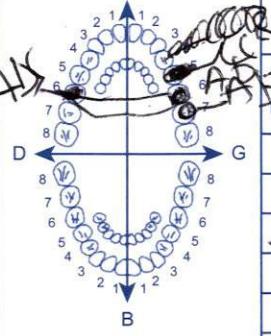
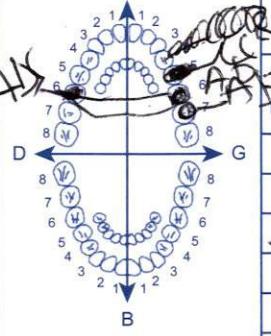
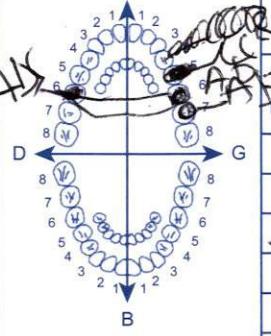
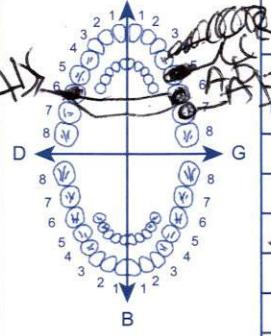
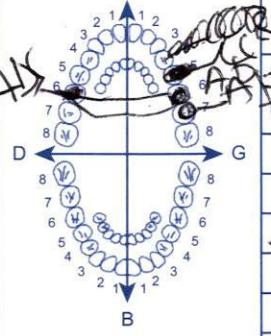
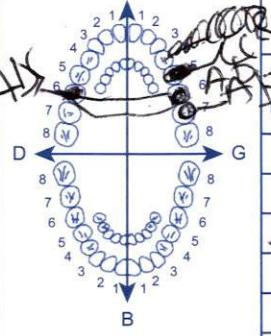
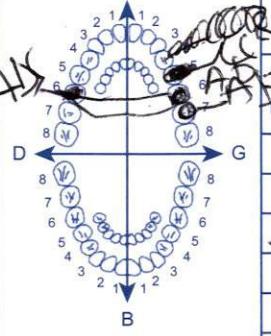
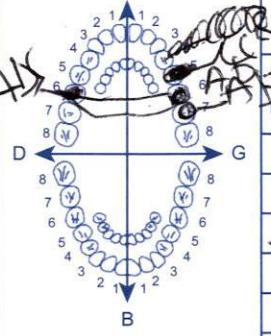
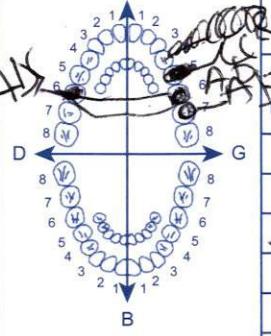
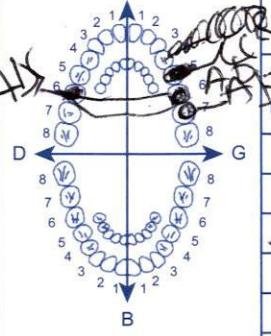
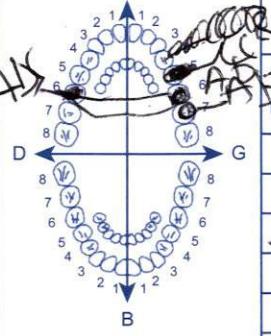
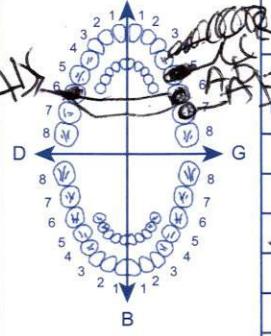
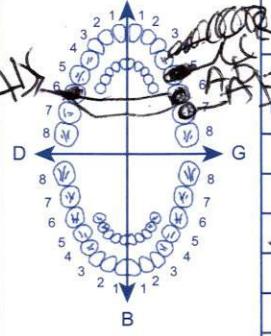
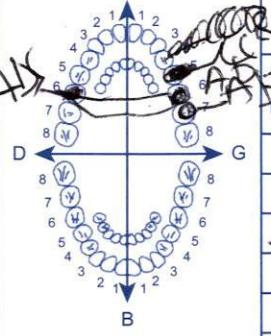
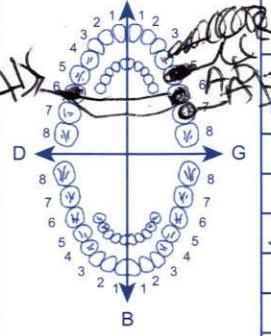
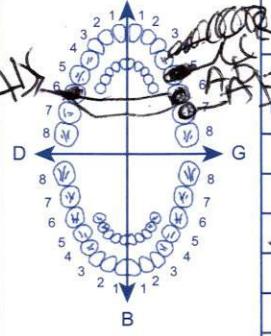
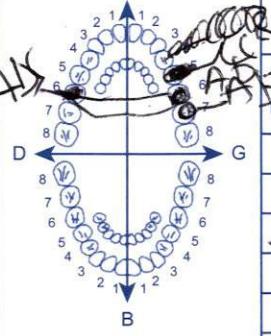
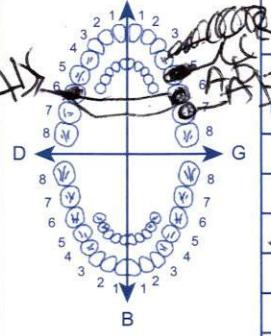
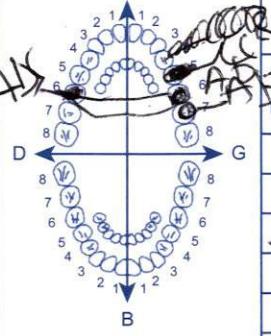
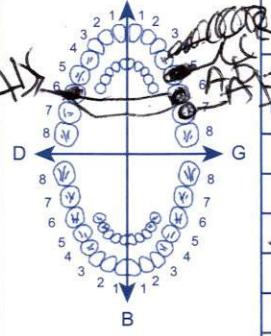
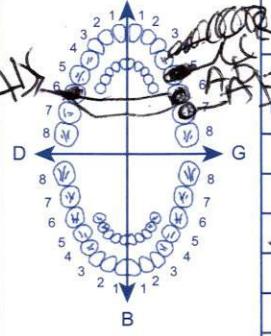
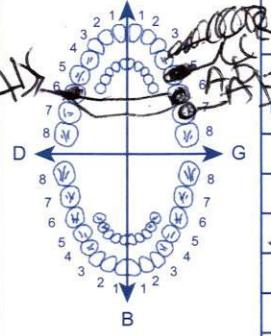
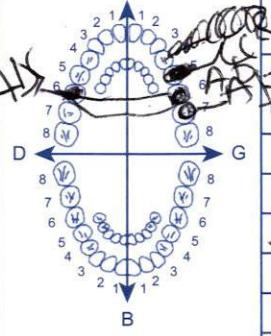
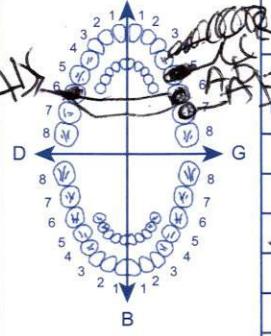
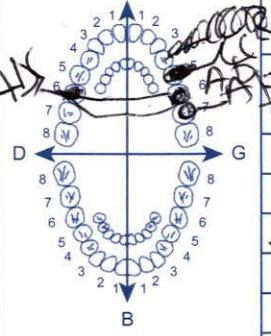
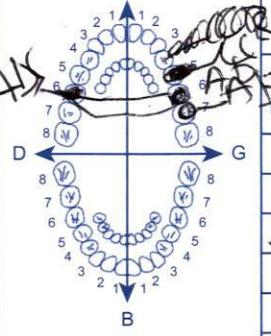
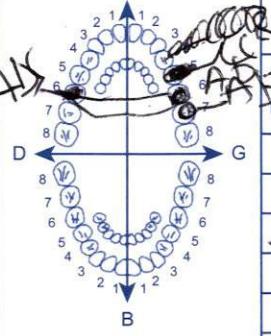
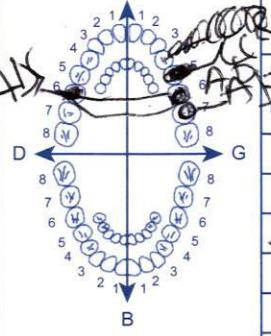
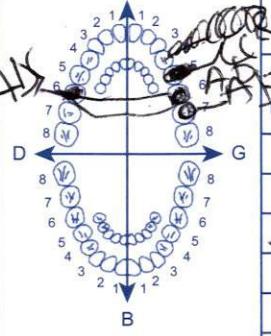
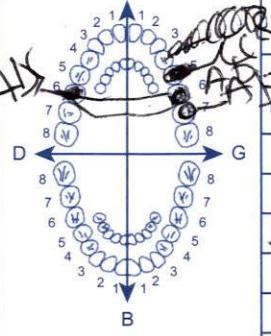
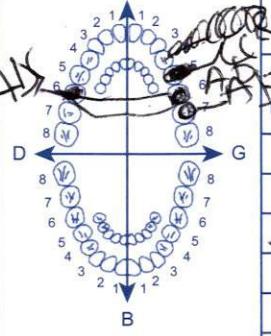
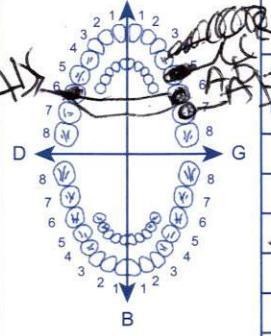
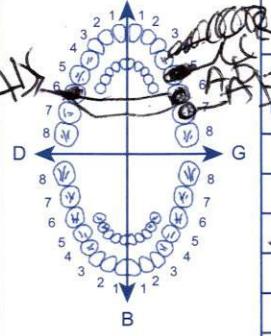
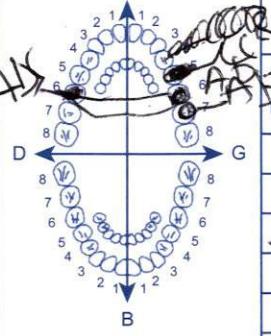
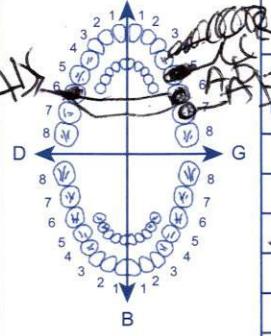
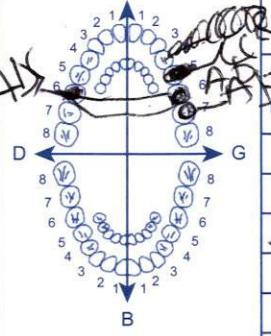
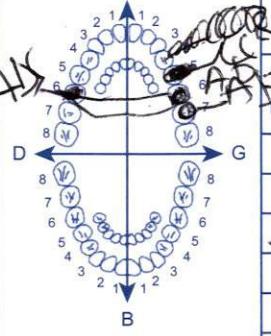
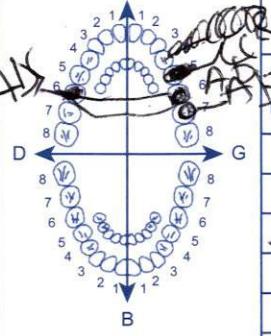
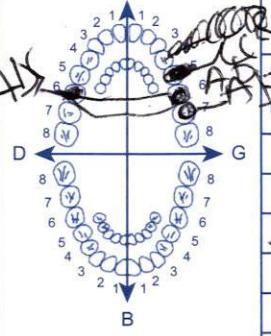
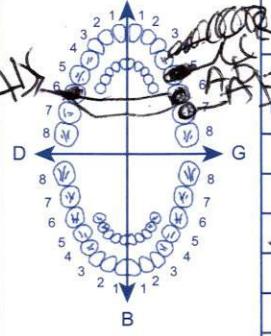
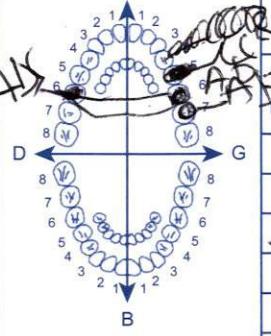
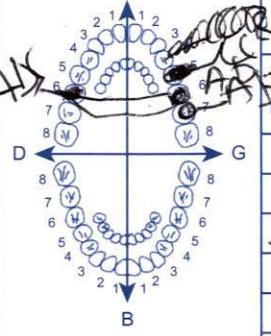
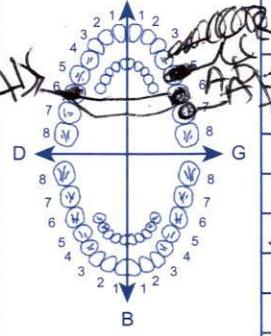
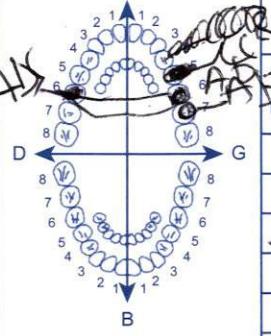
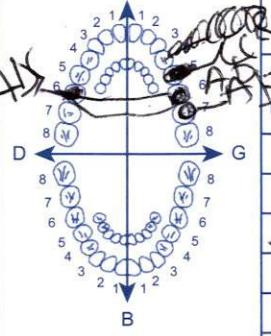
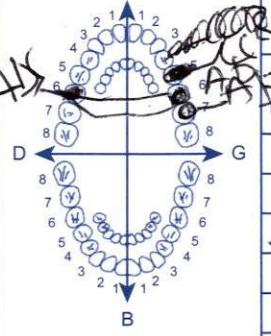
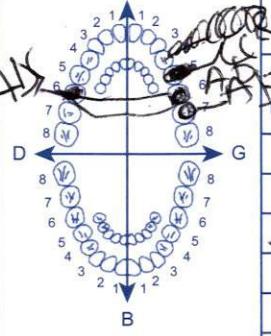
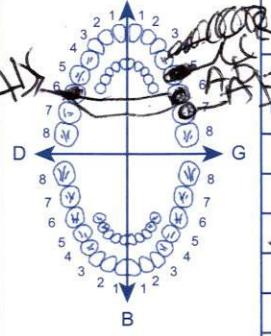
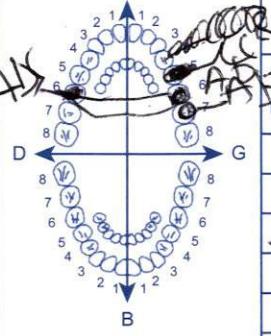
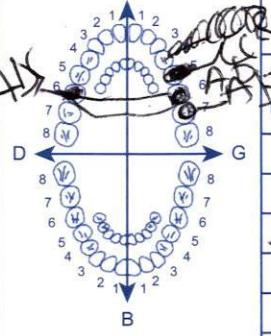
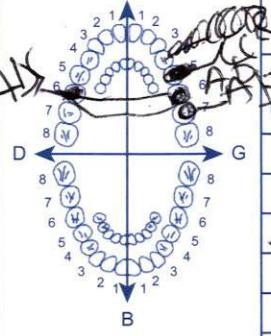
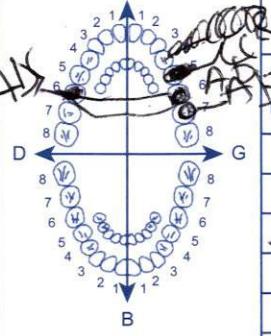
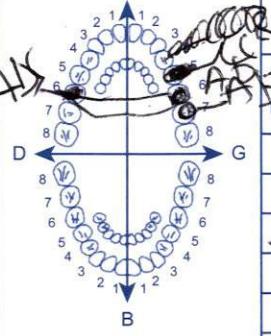
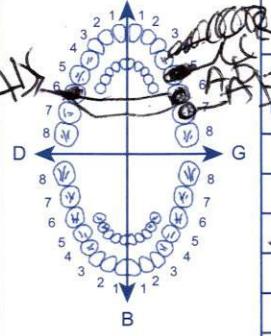
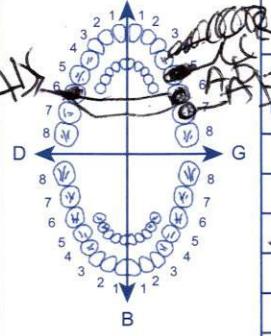
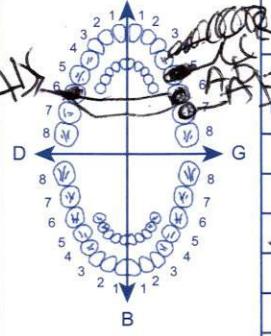
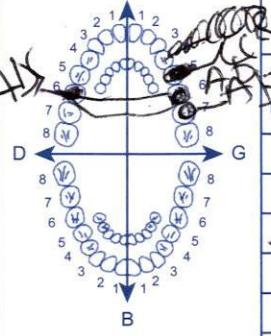
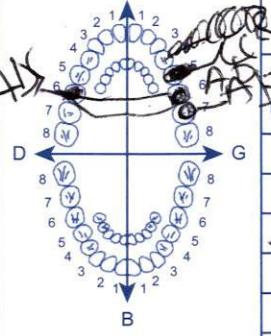
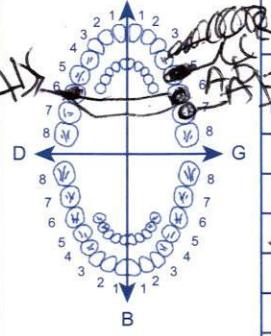
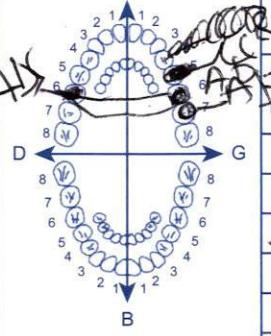
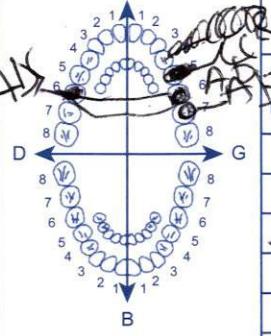
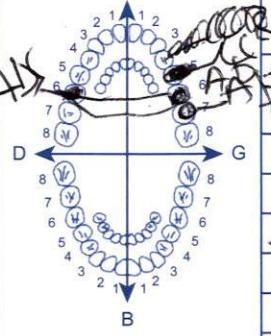
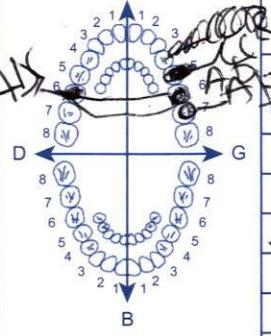
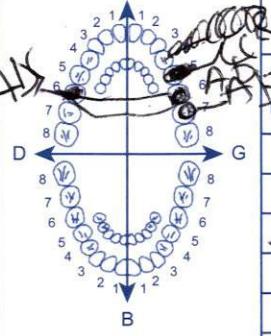
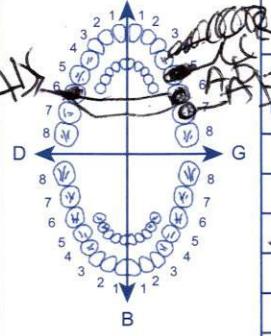
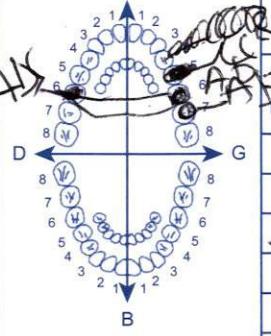
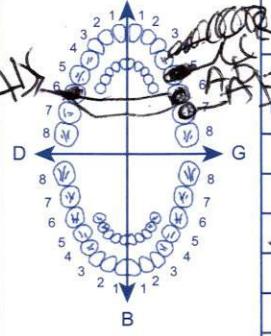
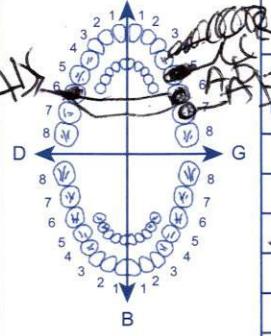
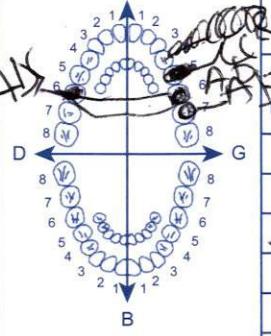
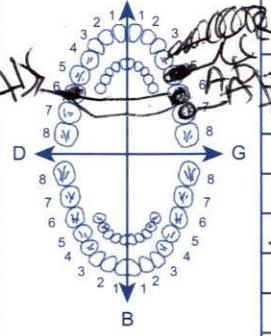
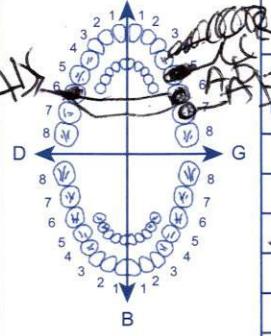
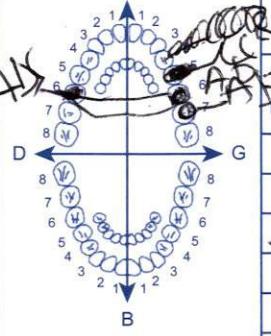
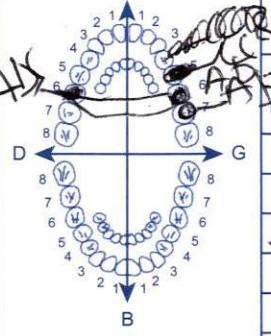
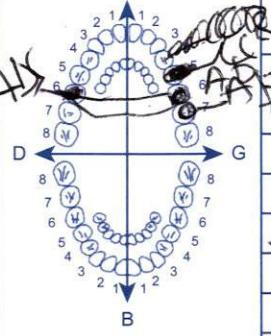
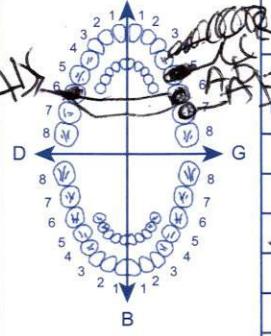
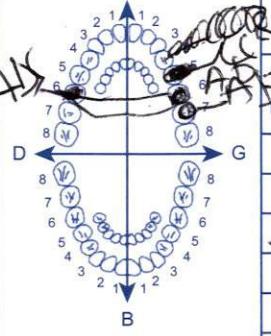
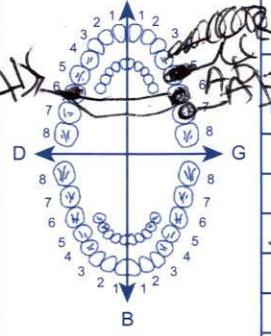
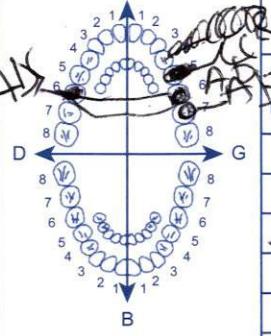
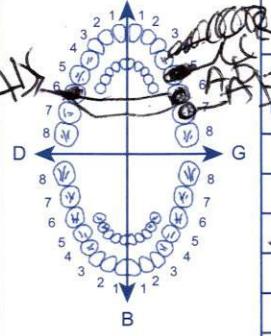
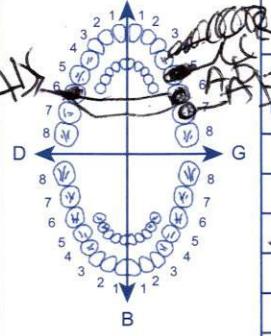
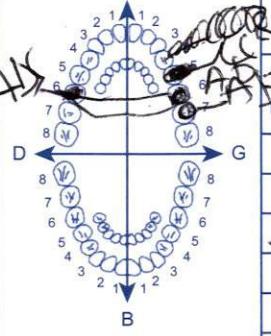
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				</td

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

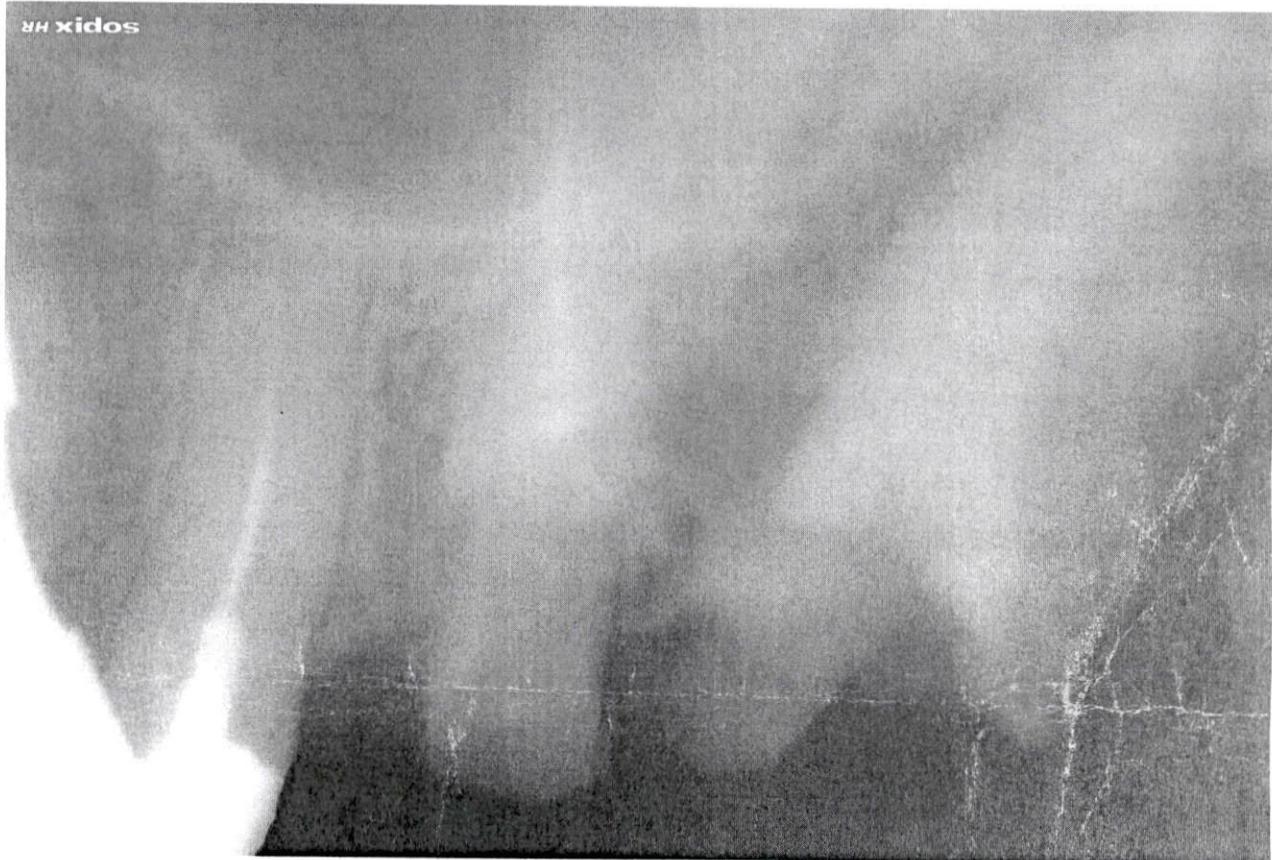
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire
DROITE	H	25533412 21433552 00000000 00000000
	G	00000000 00000000 35533411 11433553
Montant des soins		
D340		
Date du devis		
05/09/19		
Fin d'exécution		
12040		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
Afaire ccm 24 = D180 +Stellat sul plush D12040		
Preciser le nombre de dents sur Stell et leurs numéros et colorer le plan		
Dr. Farid LAKEHAL CHIRURGIEN - DENTISTE Spécialiste en Parodontologie-Implantologie 02, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca INP: 094012820 - Patente: 35713679		

VOLET ADHERENT	NOM :
DECLARATION N°	P 17 / 0062535
Date de Dépôt	Montant engagé
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois	
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle	

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 913									
Nom & Prénom: M <sup>e</sup> Nafissa El Aissa											
Fonction: Rehabela RAM	Phones: 0661334717										
Mail:											
MEDECIN	Prénom du patient: Fatouma										
Adhérent: <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint: <input type="checkbox"/>	Enfant: <input type="checkbox"/>									
Age:	Date: le										
Nature de la maladie: Denis Qm Proth	Date 1ère visite:										
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PHARMACIE</th> <th>Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Montant de la facture</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			PHARMACIE	Date	Montant de la facture						
PHARMACIE	Date										
Montant de la facture											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ANALYSES - RADIOGRAPHIES</th> <th>Date: 10 SEP. 2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Désignation des Coefficients</td> <td colspan="2">Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date: 10 SEP. 2019	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date: 10 SEP. 2019									
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">AUXILIAIRES MEDICAUX</th> <th>Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Nombre</td> <td rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td>AM</td> <td>PC</td> </tr> </tbody> </table>			AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date									
Nombre		Montant détaillé des Honoraires									
AM	PC										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>IV</th> <th>IM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Montant détaillé des Honoraires	IV	IM				
		Montant détaillé des Honoraires									
IV	IM										

Né(e) le : 01/01/1949



Date du cliché : 25/06/2019

Localisation : 25

Commentaire : *af au ccm 25*

*D*  
*af*