

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0029887

MUPRAS  
RECEPTION

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15080

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

S'AFRI MOHAMMED

Date de naissance : 1953

Adresse : Lot Acharab N° 143 DEROURA BERNACHID

Tél. : 0670976017 Total des frais engagés : # 500,00 # Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2024

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaires

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : DEROURA

Le : 24/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## 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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important:

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		<del>Detartrage</del> <del>consultation</del>	D 12 D 10	COEFFICIENT DES TRAVAUX  <b>D 12 + D 10</b>
				MONTANTS DES SOINS  <b>100 + 400 = 500 dh</b>
				DEBUT D'EXECUTION  <b>27/12/2023</b>
				FIN D'EXECUTION  <b>05/01/2024</b>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Kenza Azzouzi

Chirurgien Dentiste  
435, Rue de la République

135. ~~Decorative circles~~

10.  $\frac{1}{2} \times 10 = 5$

CABINET DENTAIRE

DR. KENZA AZZOUZI  
MÉDECIN DENTISTE



عيادة طب الأسنان

الدكتورة كنزة عزوzi  
طبيبة الأسنان

Deroua, le: 05/10/2024 ..... الدروة، في:

H<sup>me</sup>: HABIB Sadia

FACTURE

- Consultation à 100 dh

- Détartrage à 400 dh

→ Total: 500 dh (cinq cent dirhams)

Dr. Kenza AZZOUZI  
Chirurgien Dentiste  
135, Coopérative Chabab  
2ème étage  
Tél: 05 22 03 17 18



تعاونية الشباب الطابق الثاني رقم 135 الدروة | 135 Coopérative Chabab 2 ème Etage Deroua | الهاتف: 05 22 03 17 18 | ICE:003022027000022 - IF:51748144