

## 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.

### Radiologue 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

N° W19-447452

46 867

MUPRAS  Autres

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12512

Société : RAT

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JUALIM AHMED

Date de naissance : 25/07/1980

Adresse : Appart 11 Im 232 Anfa 1 ELSAIDA

Tél. : 0661283063

Total des frais engagés : 154,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور لشغر عمر  
Docteur LACHGAR Omar  
الطب العام  
MEDECINE GENERALE  
70, Av Bouchaib Doukkali El Jadida  
05 22 20 45 45

Date de consultation : 22/05/20

Nom et prénom du malade : AHMED OUALIM

Age : 1980

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Aller/Re

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 : CRABAN

Signature de l'adhérent(e) : N=

Le : 12/11/2020

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
22 SEP. 2020	C		120.00	INP : 111088888 الدكتور لشتر عمر Doctor LAGAAR Omar

**EXECUTION DES ORDONNANCES** - 05 23 64 22 87

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ٢٢/٠٩/٢٠	22/09/20	٧٤٦٣

## **ANALYSES - RADIOPHOTOS**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

BELEVE DES EBRAIS ET HONORABIES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																		
	<p><b>H</b></p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td> </td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>B</b></p>			25533412		21433552	00000000		00000000	<b>D</b>		<b>G</b>	00000000		00000000	35533411		11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412		21433552																	
00000000		00000000																	
<b>D</b>		<b>G</b>																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Lachgar Omar

Médecine Générale

الدكتور لشقر عمر  
الطب العام

El Jadida, le ..... 22 SEP. 2020 ..... الجديدة في

74,60

Almed Outlidi

Brakel City  
L.G.I.

S.V

صيدلية كاليفورنيا  
7 شارع المسيرة الخضراء  
الجديدة  
05 23 34 40 36

الدكتور لشقر عمر  
Docteur LACHGAR Omar  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
الطب العام  
20, Av Bouchaïb Doukkali El Jadida  
Tel: 05 23 34 22 57

24,60

