

# 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 |

N° W21-667498

133110

## Maladie

## Dentaire

## Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

11085

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHALOUI

BOUCHRA

Date de naissance :

04/06/81

Adresse :

277 BD DERFOUFI

Tél. :

06 16 10 67 27

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22/09/2022

Nom et prénom du malade :

CHALOUI Bouchra

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gingivite

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'adjudication conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET / MHD

### 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 : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1084023423
	H, B Detach 24			COEFFICIENT DES TRAVAUX 24
				MONTANTS DES SOINS DH300/
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION 22/09/22
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**Dr. Driss BEL YAZID**  
Expert Assesseur au greffe de la Cour d'appel  
16, rue Moktar S... - 21 El Jadida - Maroc  
Tel: 053 66 01 00 - Oujda

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Docteur Driss BELYAZID**

**Chirurgien-Dentiste**

**Diplôme d'Université d'Implantologie orale et Maxillo-faciale**

*Université Paris XII*



**Diplôme d'Université d'Esthétique du Sourire**

*Université Louis Pasteur de Strasbourg*

**Diplôme d'Université de Sédation Consciente**

*Université Louis Pasteur de Strasbourg*

**Diplôme d'Université de Chirurgie Buccale et Parodontie**

*Université de Bourgogne de Dijon*

*Expert assermenté près des tribunaux d'Oujda*

Oujda le : 22/09/2022

## **NOTE D'HONORAIRES**

Nom et Prénom : CHALQI BOUCHRA

Prestation : Détartrage (H+B)

Honoraires : MAD300,00

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme de :  
TROIS CENT DIRHAMS

Mode de règlement : ESPECE

Signature :

**Dr Driss BELYAZID**

Dr. DRISSE BELYAZID  
Chirurgien Dentiste  
Expert Assermenté de la Cour d'Appel  
de Oujda - Témoignage - Appr. 5  
16, rue Mabrouk - 22100 OUJDA - MAROC  
Tel.: 052 33 04 00 - 052 33 04 01 - 052 33 04 02

Patent n° 10100268

CINSS : 221011