

# 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 ensemble.
- 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Matricule : 1633	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : RYNDRI Rosy Abdellmalek		
Date de naissance : 01/07/1950		
Adresse : EL RAIFMA VILLAS DES PRES		
M-180 DAN BOUZAIA		
Tél. : 0674020119 Total des frais engagés : 200,00 Dhs Dhs		

Authorisation CNPD N° : A-A-215/2019

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 29/09/2022	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Consultation	
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 : CPSA

Le : 29/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : E.I.A

### 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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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 : 094077505
[REDACTED]	[REDACTED]	Consultation CS	[REDACTED]	Coefficient CS
				MONTANTS DES SOINS 200,00 €
				DEBUT D'EXECUTION 29/09/12
				FIN D'EXECUTION 29/09/12
				Coefficient DES TRAVAUX
				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 10.10.2012 M. TEL. 03 20 17 17

1633

Docteur Azeddine Hsaine

Médecin Dentiste Spécialiste

Ex.Résident et D.N.S au CCTD CHU Ibn Rochd

Diplôme National de Spécialité

en Prothèse Fixée

D.U. d'Endodontie et de Dentisterie Esthétique

D.U. d'Implantologie Orale FMDC

Centre Dentaire  
Hsaine



الدكتور عزالدين احساين

طبيب أسنان أخصائي

طبيب مقيم وأخصائي سابق بمركز

فحص وعلاج الأسنان ابن رشد

دبلوم وطني في تخصص التعويض الثابت

دبلوم جامعي في علاج لب الأسنان والتجميل

دبلوم جامعي في زرع الأسنان

Le: 29/09/2022

## NOTE D'HONORAIRES N°.....

Dr HSAINE Azeddine  
Médecin Dentiste  
10, Rue Zaid Ibn Rifai  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 13 17

Je soussigné .....

atteste avoir réalisé les soins dentaires pour

M.v. Kandri Roby Abdelmehdi

et dont le montant des honoraires perçu est

Danx Ait el hou

Confraternellement

Dr HSAINE Azeddine  
Médecin Dentiste  
10, Rue Zaid Ibn Rifai  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 13 17