

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | |
|---|--|----------------------------------|
| Matricule : <u>1540</u> | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>CHERRAT El Houssaine</u> | | |
| Date de naissance : <u>01 01 1939</u> | | |
| Adresse : <u>1 Rue AZEMA 0 ASIS Casablanca</u> | | |
| Tél. : <u>05 22 280 273</u> Total des frais engagés : <u>11500,00 Dhs</u> | | |

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03.04.2023

Nom et prénom du malade : Cherif El Houssaine Age : 84

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : carie et iatrogénie

Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Pathologie

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 03.04.2023

Le : 03.04.2023

Signature de l'adhérent(e) : Signature

Déclaration de Maladie
M22- 0055898 157867

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

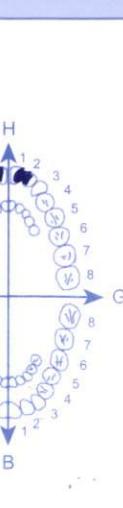
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 | Coefficient |
|---|----------------|-----------------------------------|-------------|
|  | | | |
| | 11 22 M | os composite D15 D15 D15 | D69 |
| | | detachage D14 et D12 | |
| | | | 1800,00 |
| | | | 03-04-23 |
| | | | 17-04-23 |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

[Création, remont, adjonction] ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

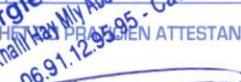
Dr. NJA ACHRAF

Chirurgien Dentiste

SAF EL KHOURI PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

522, Av. Al Khalil Hay Mly Abellah, 1er Etage

GSM : 06.91.12.95.95 - Casa



Docteur NJA Achraf

Chirurgien Dentiste

Ex. Chirurgien dentiste des FAR
Lauréat de la FMDC
Orthodontie
Implantologie
Occlusodontie



الدكتور ناجي أشرف

طبيب جراح للأسنان

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية
خريج كلية طب الأسنان بالبيضاء
تقديم اعواد الأسنان
زرع الأسنان
علم الأسنان التطبيقي

17-04-2023

Cherrat ElHousseine

| <u>Facture</u> | | | | |
|----------------|----------|------------------------|-------|----------|
| Date | Dent | Nature Des Soins | | Prix |
| 03-04-2023 | 11_21_22 | Obturation composite | D15*3 | 1050 dhs |
| 17-04-2023 | *** | Détartrage Max et Mand | D24 | 450 dhs |
| Total es soins | | | | 1500 dhs |
| Total des D | | | D69 | |

Arrêté la présente facture au montant de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

06.91.12.95.95 ، شارع 522 ، الدار البيضاء - المغرب - العنوان : 522، Av. Al Khalil Hay Moulay Abdallah 1^{er} Étage - Casablanca - Morocco - Phone: 06.91.12.95.95

Dr. NJA ACHRAF
Chirurgien Dentiste
522 Av. Al Khalil Hay Moulay Abdallah 1^{er} Etage
GSM: 06.91.12.95.95