

## 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

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° W21-801217

165986

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	4505	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ES-SAFMI JAMA			
Date de naissance : 27/02/1963			
Adresse : 1 LOT L'OCEAN DARBOUZA			
Tél. : 0661180073 Total des frais engagés : 294,80 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr TOUNSI Achid Chirurgien Dentiste Angle Bd de l'Indépendance et Rte d'Azemmour - N° 6 - Casablanca Tél : 0522 90 96 55, 0522 91 50 89	
Date de consultation :	16/06/2016
Nom et prénom du malade :	ES-SAFMI JAMA
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Oral Dentaire
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 : Casablanca, 16/06/2016

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/06/2016

ACCUEIL  
C. NINJA  
21/06/2016

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement des Actes
15/06/21	C	D <sub>4</sub>	200,-	INP : 94-14101 Dr TQUIJAR Rachid Chirurgien Dentiste Angle Bd Aberrahim et Bd d'Avignon - 20000 Casablanca Tel. 0527 90 98 35/0522 91 90

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE DES DENTISTES Dr TQUIJAR Rachid Casablanca - 0527 90 98 35	15/06/21	97,85

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

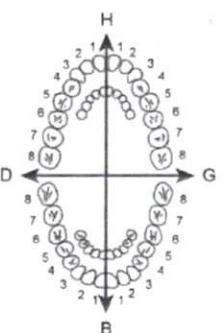
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

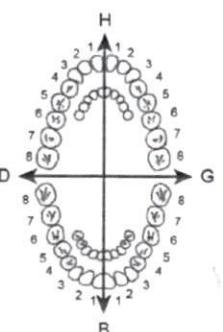
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433562
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

CASABLANCA ,LE : 15/06/2023

**FACTURE**

*Monsieur ES-SAFHI JAMAL*

SOINS DENTAIRES : 200,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX CENTS DIRHAMS

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d' Azemmour - Casablanca  
Tél: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

CASABLANCA ,LE : 15/06/2023

Monsieur ESSAFHI JAMAL



*6/11/2023*  
DONTOMYCINE 3 MUI  
1 CP X 2 FOIS PAR JOUR

*11/11/2023*  
DOLIPRANE 1000  
1 CP X 2 FOIS PAR JOUR

*11/11/2023*  
BUCCOTHYMOL  
BAINS DE BOUCHE 2 à 3 FOIS PAR JOUR

PHARMACIE  
Dr. Rachid TOUIJAR  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane  
d' Azenour et Bd Hassan II  
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 90 98 36  
Dr. Rachid TOUIJAR  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane  
d' Azenour et Bd Hassan II  
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 90 98 36

*18/11/2023*

LOT : 5390  
PER : 12 - 25  
P.P.V : 64 DH 90

Dontomycine 3 MUI  
boîte de 10 comprimés



Angle Bd, Sidi Abde  
Casablanca - 1

Dr TOUIJAR, Ra  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane  
d' Azenour et Bd Hassan II  
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 90 98 36

Doliprane\* 1000 mg  
Paracétamol  
10 Comprimés sécables



Doliprane\* 1000 mg  
Paracétamol  
10 Comprimés sécables



I.F. 01400000 - T.C.E. : 001743599000031

m  
291

Hassani  
3930