

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : **Nacir SHAIE**

Autre :

Date de naissance : **01.07.1978**

Adresse : **74 lot HAFIZA ETAP 1 STG 1 OULFA**

Tél. **06 55 99 78 78**

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Hicham AFFAR  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
Casa : Tel 05 22 20 45 45  
Bd Oum Errabia  
156**

Date de consultation : **22/12/2023**

Nom et prénom du malade : **Nacir Sihar**

Age: .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Cst. extraction**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : .....

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 : **05/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) : **(Signature)**

Le : **08/12/2023**

VOI ET ADHERENT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature 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
LAK HAPTEC en PHARMACEUTIQUE S'abou - El Oued Tunisie 1052 90 53 45 LANCA E-mail: lanka@tunisnet.tn	28/12/23	166.30

#### **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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

~~DR. MSA ET CACHET DE PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION~~  
~~Chirurgien Dentiste~~  
~~Orthodontiste~~  
156, Bd Oum Errabii El Oulfa  
Casa : Tel 05 22 93 48 38

**Docteur Hicham AFFAR**

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



**الدكتور هشام عفار**

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركين بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

## ORDONNANCE

Casablanca, le 28/12/2023

Mme Nacir Siham

FPV: 126,30 DH  
LOT: 622422  
PER: 05/25

AUGMENTIN 1 / 125 G / MG

1 sachet      2x/jour

(SV)  
(SV)

2) MOLGAM 200 MG 200 MG

1 CP      2X/JOUR

LOT : 4455  
PER : 05 - 26  
P.P.V : 40 DH 00

PHARMACIE AL QUARD  
S. CHALAK Haj Nassar  
Docteur en Pharmacie  
13 Av. Oued Sabou - El Oulfa  
(El) Fax : 05 22 90 53 45  
CASABLANCA  
www.alquard.com

Dr . Hicham AFFAR  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
156, Bd Oum Errabii El Oulfa  
Casa : Tel 05 22 93 48 38

**Docteur Hicham AFFAR**

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)

**الدكتور هشام عفار**

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركرون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ICE : 001758290000007 - INP : 094149390 - IF: 51457012 - N° Cnss : 7018311 - N° patente : 35015436

**Note d'honoraires**

Mme Nacir Siham

Casablanca, le 28/12/2023

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
	27/11/2023	Consultation		D4	200,00
14	28/12/2023	Ext. simple	D713	D10	300,00

Montant global : **500,00 MAD****CINQ CENTS DIRHAMS**

Dr. Hicham AFFAR  
 Chirurgien Dentiste  
 Orthodontiste  
 156, Bd Oum Errabii El Oulfa  
 Casablanca Tel 05 22 93 48 38