

# 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 : 7181 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : IMAKO R BRAHIM

Date de naissance : 08.02.1962 sexe : Homme

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N° 02 HAY TILILA AGADIR

Tél. : 06 67 1224 11 Total des frais engagés : 85000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Mohammed TALÂ**  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Imam Boukhari Louargane  
Tél: 05 28 22 78 20 - AGADIR

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25.12.2023

Nom et prénom du malade : BOUHOU NAIMA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sains dentaire

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### 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 - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

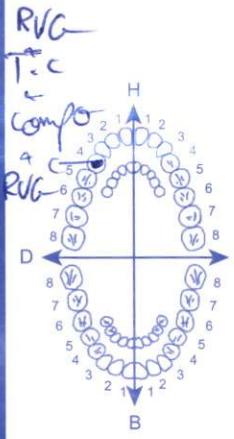
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
RVG T.C Comp. RVG	H D	RVG Traitement canalaire + Compote RVG	D4 D15 D15 D4												
 <b>Dr. Mohammed TALA</b> Chirurgien Dentiste Bd. Imam Boukhari Bouargane Tel : (02) 22 10 22 10 AGADIR															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>G</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000		35533411		11433553
H	25533412	G	21433552												
D	00000000	B	00000000												
	35533411		11433553												

Coefficient des travaux	
Montants des soins	
Date du devis	
Date de l'exécution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohammed TALÂ**

Chirurgien Dentiste  
Soins préventifs  
Prothèses et Chirurgie Dentaire  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
Dentaire de Casablanca



**الدكتور محمد طالع**

جراحي للأسنان  
علاجات وقائية  
تركيب وجراحة الأسنان  
خريج كلية طب الأسنان  
بالدار البيضاء

## **NOTE D'HONORAIRES**

I.N.P : 044085245

CNSS N° : 2435164

Patente N° : 48127215

IF: 75 780350

ICE: 001648096000061

La note d'honoraires du .....

M, Mme : ... Bouhou NAIMA .....

Soins Dentaire : ... Al R.V.G + Traitement canlaire +  
Composite + R.V.G .....

Prothèse Dentaire : .....

Montant : ... ₦ 850.00 .....

(Huit cent cinquante dirhams.)

**Signature**

Dr. Mohammed TALÂ  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Imam Boukhari Bouargane  
Tél: 05 28 22 73 20 - AGADIR

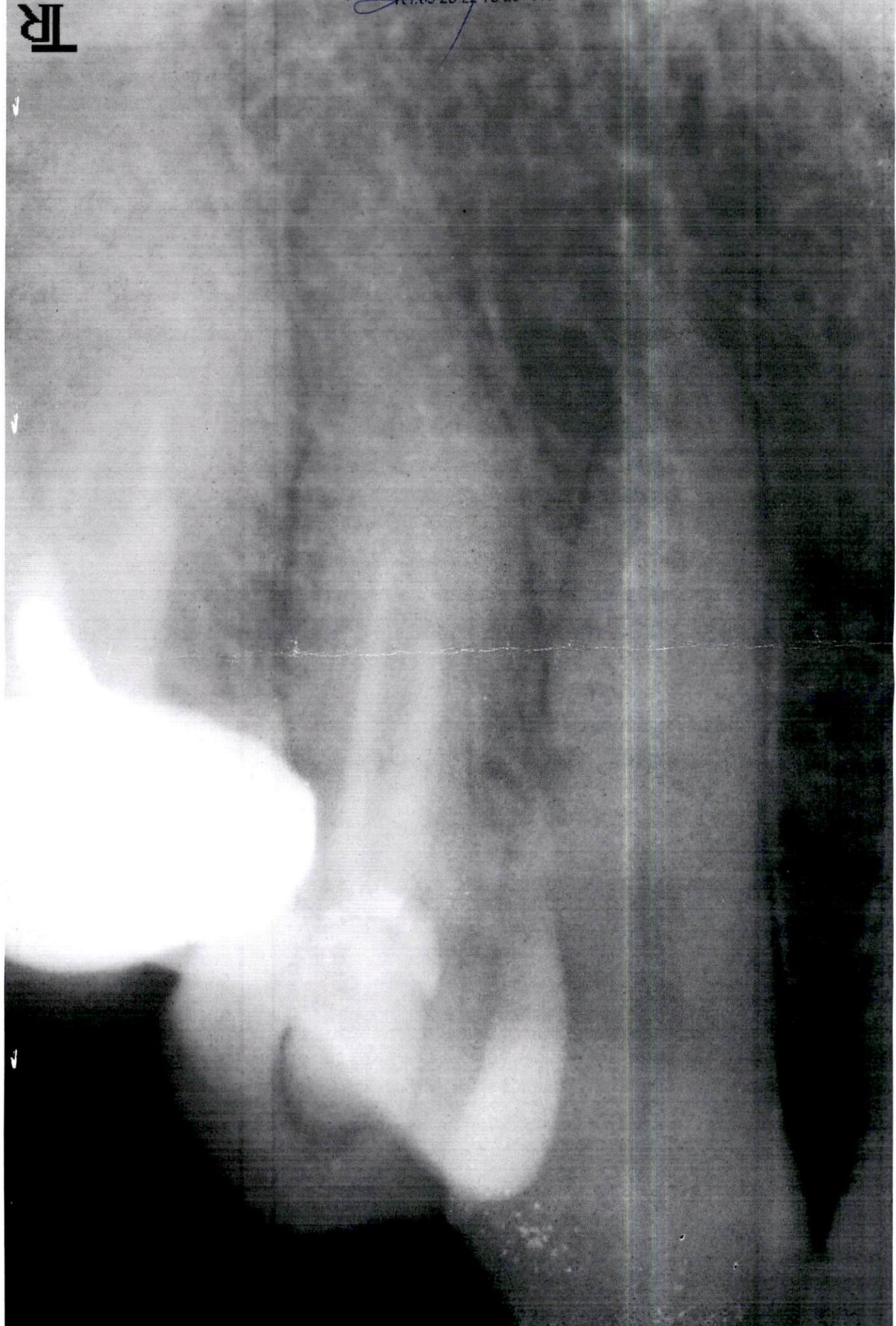
شارع الإمام البخاري إيراك بواركان قرب حمام التغيل - أكادير - الهاتف : 20 05 28 22 73 20

Av. Imam Boukhari Erac Bouargane à côté de Hammam Annakhil - Agadir - Tél.: 05 28 22 73 20

GSM: 06 31 27 89 26 - المحمول : E-mail: tala300@yahoo.fr البريد الإلكتروني :

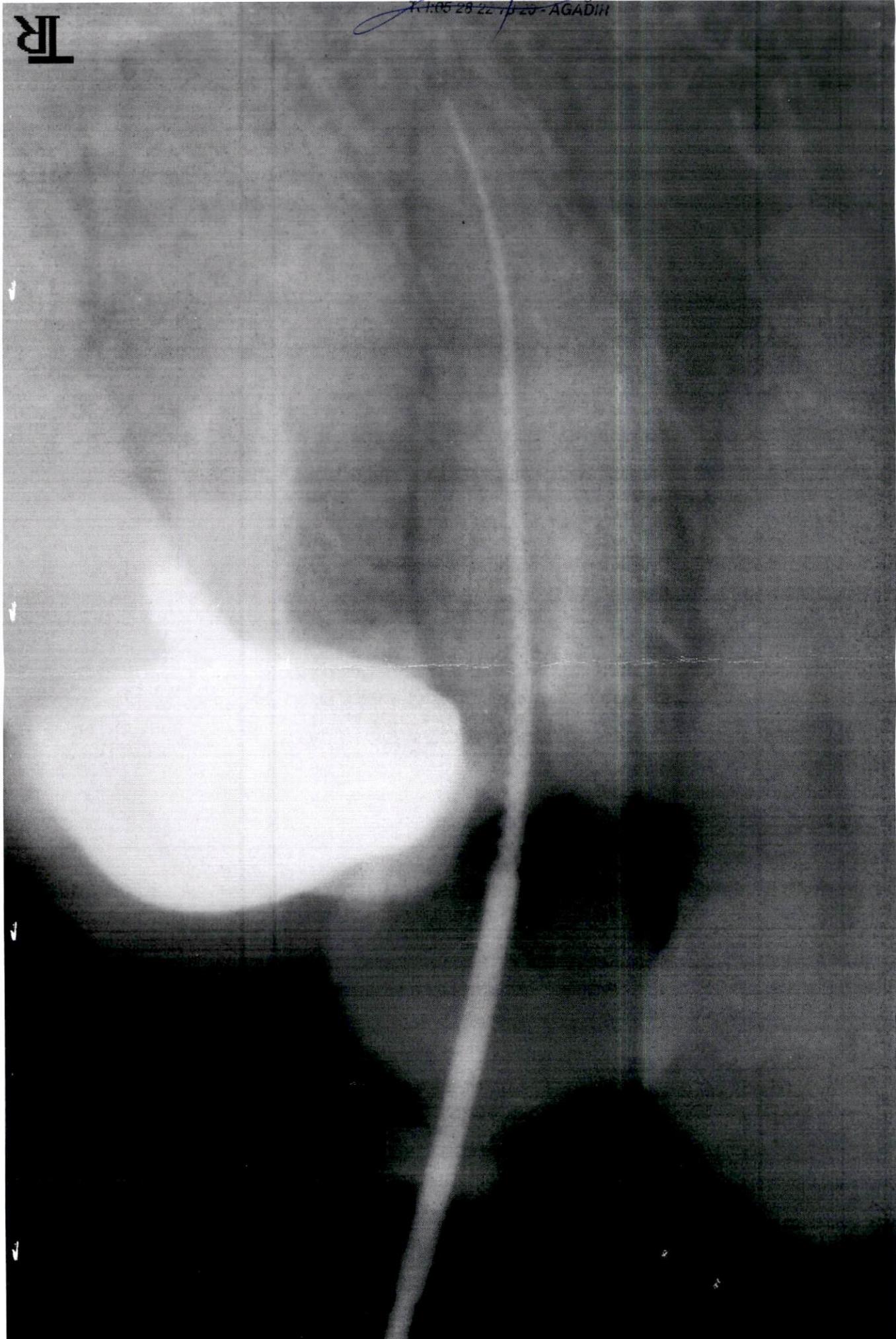
Dr. Mohammed TALÀ  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Imam Boukhari Bouargane  
Tél. 05 28 27 73 20 - AGADIR

TR



Dr. Mohammed TALÀ  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Imam Boukhari Bouargane  
T: 05 28 22 70 20 - AGADIR

TR

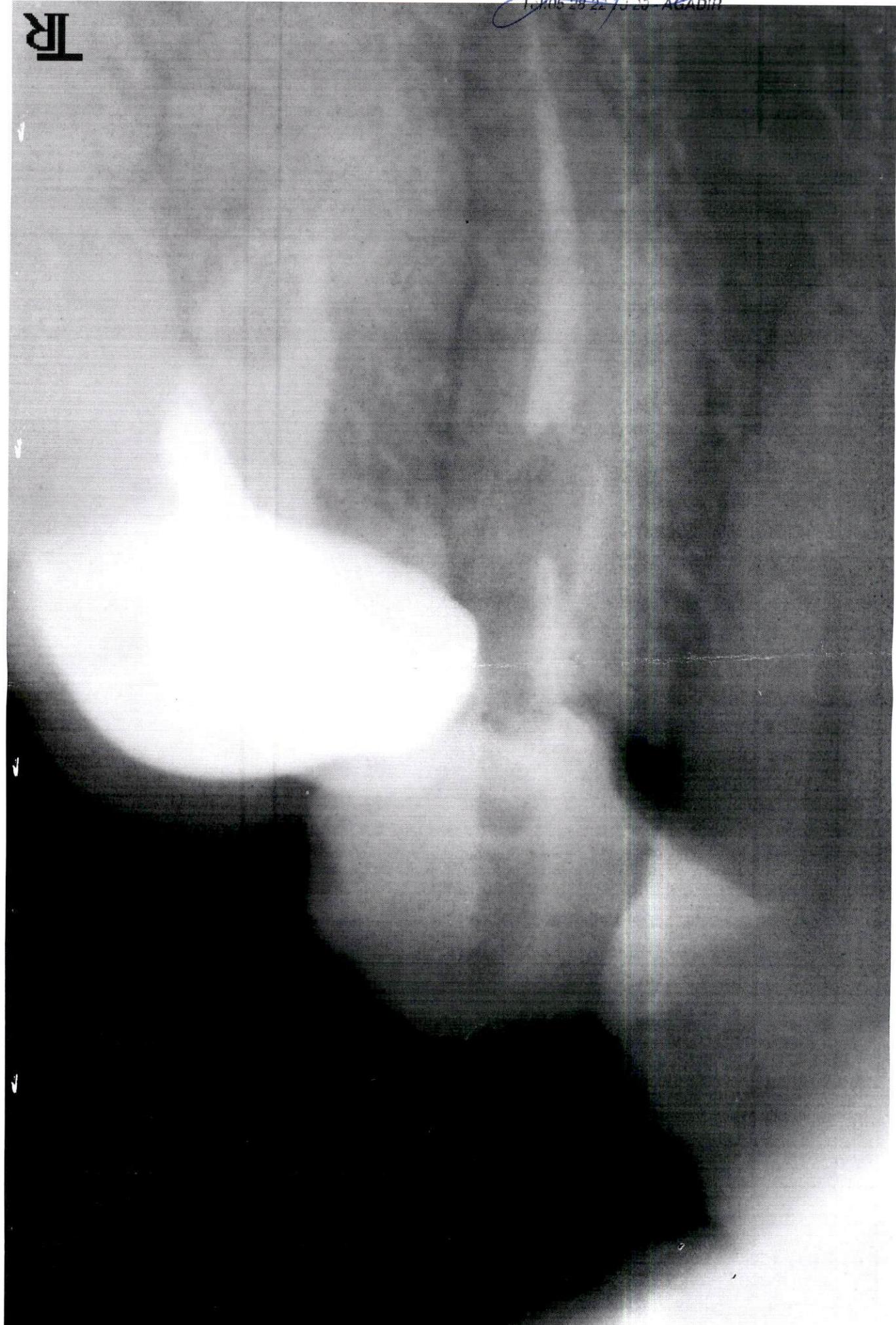


B-22 C0 G0

KODAK Dental Imaging Software V6, 12, 27, 0

Dr. Mohammed TALÂ<sup>â</sup>  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Iman Boukhari Bouargane  
Tel. 05 23 22 73 23 - AGADIR

TR



Lin

KODAK Dental Imaging Software V6, 12, 27, 0