

# 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 : 1070 Société : *Annule et Remplace*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HARRAM FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Ilyam EL KHADDARI  
Médecin Dentiste  
BD. MED V N°197 Route Boussekoura  
BERRECHID - Tel. 0522 32 43

Date de consultation : 15/11/23

Nom et prénom du malade : EL HARRAM FATIMA Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Rehabilitacion prothetica

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) :

MUPRAS

## 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

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H |                     |
|---|---------------------|
| D | 25533412   21433552 |
|   | 00000000   00000000 |
|   | 00000000   00000000 |
|   | 35533411   11433553 |

## **(Création, remont, adjonction)**

Den's pour 3 courrees

egy for 631-4341

1)  $\times 2$   $9900 \times 2$

$$200 \times 5 = 1000$$

DR. ILLAHM EL HADDOUCI  
Médecin généraliste  
Bd. Med V N°13 Route Boussekoura  
BERRECHID - Tel.: 0522 32 44 33

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 182887  
N° Dossier externe: JI21-0059769  
Type de dossier: DENTAIRE  
Bénéficiaire: ELHARRAM FATIMA  
Situation: Notifié  
Sous-situation: ---  
Date de début: 15-11-2023  
Date de fin:  
Date de saisie: 15-11-2023  
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

| Date       | Commentaire   |
|------------|---|
| 27-12-2023 | 27-12-2023 Manuel ACC D 540 3CCM 31 41 42 S/R RX APRES DR LHAM KHADDARI |

DOCTEUR ILHAM EL KHADDARI

Chirurgien Dentiste

Bd Mohamed V N° 137  
Route Bouskoura  
Berrechid - Tél : 05 22 32 44 33



الدكتورة الهام الخضاري

طبيبة جراحة الاسنان

شارع محمد الخامس  
الرقم 137 طريق بوسكورة  
برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 33

Berrechid, le ..... 23/01/124 ..... برشيد في

EL HAMMAM FATIMA

FACIUM:

on a realiser 3 CORONNE  
en M sur la 3<sup>1</sup>. 4<sup>1</sup>. 4<sup>2</sup>.

= 2200 € 3.

2200 € 3

Total = 6600 € 9.

Dr. Ilham EL KHADDARI  
Médecin Dentiste  
Bd. Med V N°137 Route Boussekoura  
BERRECHID - Tél: 0522 32 44 33

DOCTEUR ILHAM EL KHADDARI

Chirurgien Dentiste

Bd Mohamed V N° 137  
Route Bouskoura  
Berrechid - Tél : 05 22 32 44 33



الدكتور إلهم الخضاري

طبيبة جراحة الأسنان

شارع محمد الخامس  
الرقم 137 طريق بوسكورة  
برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 33

Berrechid, le 21/11/2018 برشيد في

EL HAREM Fathia

Je vous prie de bien vouloir annuler  
le devis de 3 couronnes sur les dents  
le 31-11-2018 et de la remplacer  
par le suivant = 3 CCM sur 41-11-2018

DR. ILHAM EL KHADDARI  
M. MEDICAL Dentiste  
BERRECHID - Tel: 0522 32 44 33  
Bd. Mohamed N° 137 Route Bouskoura



Date du cliché : 23/01/2024

Localisation : 42

Commentaire :

Dr. Ilham EL KHADDARI  
Médecin Dentiste  
Bd. Med Y N138 Route Boussekoura  
BERRECHID - Tel.: 0522 32 44 33

