

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### **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.

<input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Autres	Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : <u>1.0000</u> Société : <u>RAM</u>	Cadre réservé au Médecin <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <u>Dr. MERRI BERRADA Hind</u>  <u>Chirurgien Dentiste</u>  <u>201, Bd. d'Anfa - Casablanca</u>  <u>Tél : 05 22 94 76 71</u> </div>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <u>A 9234B</u>		Nom & Prénom : <u>Bouskaid Adnane</u> Date de naissance : <u>17/11/1973</u> Adresse : <u>Villa 94 CALIFORNIA GOLF RESORT</u> <u>Bouskoura Villa verte</u> Tél. : <u>0661301202</u> Total des frais engagés : <u>3200,00</u> Dhs
Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <u>Dr. MERRI BERRADA Hind</u>  <u>Chirurgien Dentiste</u>  <u>201, Bd. d'Anfa - Casablanca</u>  <u>Tél : 05 22 94 76 71</u> </div>		
Date de consultation : <u>26/23</u> Nom et prénom du malade : <u>Yassine Boudaoui</u> Age : <u>42</u> <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Panodontite</u> Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC      Pathologie : <u>hypertension</u> En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>maladie</u> <small>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.</small>		

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

Le : 27/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : Yassine Boudaoui

## 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

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					D10 x 4.
		6c - givernaires	D10 x 4		MONTANTS DES SOINS
					320,
					DEBUT D'EXECUTION
					7/6/23
					FIN D'EXECUTION
					23/6/23
PROTHESES DENTAIRES	O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H		COEFFICIENT

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**

The diagram shows a circle of 12 numbers: 12 at the top, 11 at the top-right, 10 at the right, 9 at the top-left, 8 at the left, 7 at the bottom-left, 6 at the bottom, 5 at the bottom-right, 4 at the right, 3 at the bottom-right, 2 at the bottom, and 1 at the right. An arrow at the top points clockwise, and another arrow at the bottom points counter-clockwise.

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur MEKKI BERRADA Hind  
Chirurgien Dentiste  
201, Bd. d'Anfa - Casablanca  
Tél : 05 22 94 76 71

CASABLANCA, LE: 23/6/23

## NOTE D'HONORAIRES

NOM ET PRENOM : ADDAini Bouraina

ACTES REALISES :

- Gingivectomie lésionnelle
- 
- 
- 

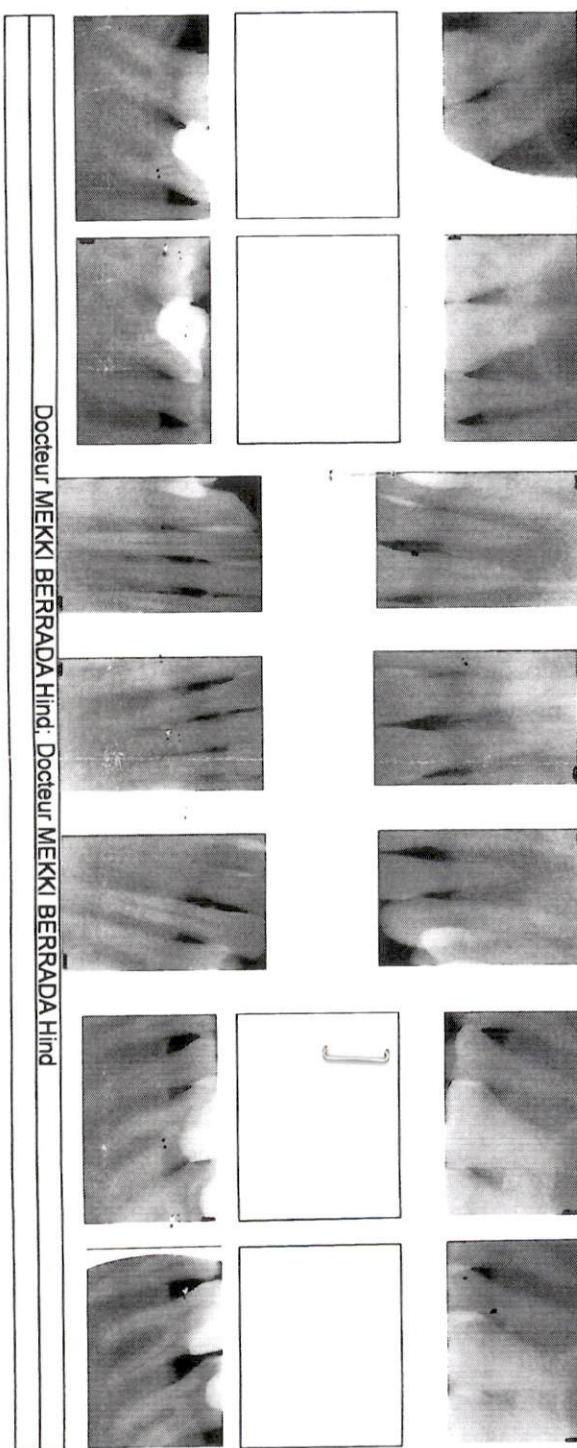
MONTANT 3200, dhs - Rigé Trois mille deux cent dix

Docteur MEKKI BERRADA Hind  
Chirurgien Dentiste  
201, Bd. d'Anfa - Casablanca  
Tél : 05 22 94 76 71

Création 31/05/2023

JADDAINI BOUTAINA

Impression 05/06/2023



Docteur MEKKI BERRADA Hind. Docteur MEKKI BERRADA Hind