

# 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.

M23- 0027092

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4176 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OMAR ABDELMAJED

Date de naissance : 01.01.1951

Adresse : HABITUÉE 192266

Tél. : 0668593859 Total des frais engagés : 600.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Salma Haline

Médecin dentiste  
Bd Oued melouya Lot selouane  
Office 51,etg 1 porte 1 Oulfa, Casa  
Tél : 05 22 89 70 70

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20.01.2024

Nom et prénom du malade : OMARI ABDELMAJED Age: 73 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Carie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

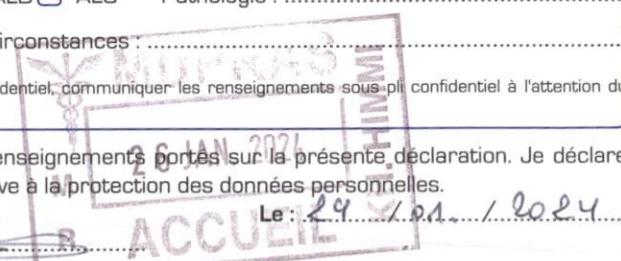
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 29/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



## **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**

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
	—	Consultation	$C_3$	COEFFICIENT DES TRAVAUX											
	15	Composite	$D_{10}$	MONTANTS DES SOINS											
	15	Composite	$D_{10}$	DEBUT D'EXECUTION											
	15	Composite	$D_{10}$	FIN D'EXECUTION											
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
MONTANTS DES SOINS															
DATE DU DEVIS															
DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**Dr. Salma Haline**  
VISA ET CACHE PAR LE PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
du 10/07/2011  
Dr Oulel Selouane Lot selouane  
Office 31, etg 1 porte 1 Oulfa, Casa  
Tél : 05 22 89 70 70

**Dr. Salma Haline**

- Soins dentaires et prothèses
- Soin et chirurgie parodontale
- Implants dentaires
- Blanchiment dentaire
- Orthodontie



د . سلمى حللين

- علاج و تعويض الأسنان
- علاج و جراحة اللثة
- زرع الأسنان
- تبييض الأسنان
- تقويم إعوجاج الأسنان

casablanca le: 22/01/2024

**FACTURE N°: FA432/24**

**Monsieur OMARI Abdelmajid**

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
23/01/2024	15	Composite	CO	400
20/01/2024	0	Consultation		200

Total :600,00

Arrêté la présente Facture à la somme de : SIX CENTS

*Dr. Salma Haline*  
Médecin dentiste  
Rd Oued melouya Lot selouane  
Office 51,etg 1 porte 1 Oulfa, Casa  
Tél : 05 22 89 70 70

**Dr. Salma Haline**

- Soins dentaires et prothèses
- Soin et chirurgie parodontale
- Implants dentaires
- Blanchiment dentaire
- Orthodontie



د . سلمى حلين

- علاج و تعويض الأسنان
- علاج و جراحة اللثة
- زرع الأسنان
- تبييض الأسنان
- تقويم إعوجاج الأسنان

### **M. OMARI ABDELMAJID**

LE 20/01/2024



*Dr. Salma Haline*  
Médecin dentiste  
Bd Oued melouya Lot selouane  
Office 51,etg 1 porte 1 Oulfa, Casa  
Tél : 05 22 89 70 70