

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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)

Matricule : 8304 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HARISSI JAMAL 194969

Date de naissance : 04/09/1964

Adresse : 11 - RUE TAROUDANT - 4<sup>eme</sup> ETG - APP 13 - CASABLANCA -

Tél. : 0662 76 75 73 Total des frais engagés : 600,- Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HAJI Zouheir  
Chirurgien dentiste  
1, Rue Ahmed Majati (Ex des Alpes)  
Maarif - Casablanca

Date de consultation : / / Nom et prénom du malade : MR. HARISSI JAMIL Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Soin dentaire

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 : 14 / 02 / 2021

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

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

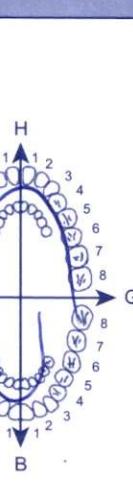
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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             |            |
|---|----------------|---|-------------------------|------------|
|  |                | Détartrage J22<br>Trait. 1116   | Coefficient DES TRAVAUX | J 22       |
|   |                |   | MONTANTS DES SOINS      | = 600, JH  |
|   |                |   | DEBUT D'EXECUTION       |            |
|   |                | Dr. HAKIM Zouneir<br>Chirurgien dentiste<br>Rue Ahmed Maâaït El des Alpe'<br>Mazif - Casablanca | FIN D'EXECUTION         | 13/12/2024 |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

A dental arch diagram showing upper and lower arches with numbered teeth (1 through 8) and directional markers D (left), G (right), H (top), and B (bottom).

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hajji Zouheir

Chirurgien Dentiste

64, Rue Ahmed Majjati (ex des Alpes) - Maârif  
Casablanca

Tél. : 05 22 23 47 02 / 05 22 99 32 31

الدكتور حجي زوهير

طبيب جراحي للأسنان

64, زنقة أحمد المجاطي (دي زالب سابقا) - المعاريف  
الدار البيضاء

05 22 23 47 02 / 05 22 99 32 31 الهاتف :

DF: 40709820 facture

Casablanca, le : 13/02/2024 الدار البيضاء, في :

soin dentaire effectué à l'hôpital Hassan II, le montant des honoraires étant de six cents dirhams -

Dr. Hajji Zouheir  
Chirurgien dentiste  
64, Rue Ahmed Majjati (Ex des Alpes)  
Maârif - Casablanca

IE€: 002034044000078