

# 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 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 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
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>4915</u>		
Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>EZZAKHRAJY Yamina</u>		
Date de naissance : <u>08.09.1946</u>		
Adresse : <u>3, Rue Yabber Inou Hayane - Imp. Palmier</u>		
Télé : <u>6.68.77.33.87</u> Total des frais engagés : <u>1.200,00</u> Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019	Cadre réservé au Médecin <u>DR. Amal SIDISSI</u> Chirurgien Dentiste Orthodontie - Implantologie 22, Rue El Ahoussi Bourgogne Casablanca - Tel: 05 22 486 624	
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <u>07.02.2024</u>		
Nom et prénom du malade : <u>EZZAKHRAJY Yamina</u>	Age : <u>08.09.1946</u>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>dentaire</u>		
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : <u>70%</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>70% A.D.L</u>		
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 20.02.2024  
Signature de l'adhérent(e) : Jell

Le 20.02.2024

## **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
07/02/2016	Consultation	D	200.-Dhs	Dr. Amal SEDDIQI Chirurgien Dentiste Orthodontie - Implantologie 22, Rue EL AHOUSSE/Bourgogne Casablanca - tel: 05 22 486 624

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

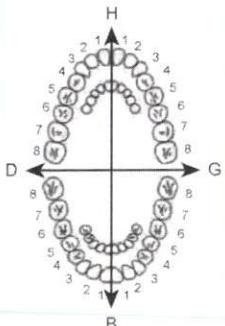
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

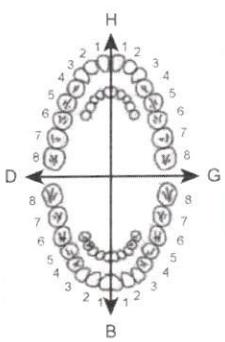
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



## MONTANTS DES SOINS



DEBUT  
D'EXECUTION



FIN  
D'EXECUTION



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX



## MONTANTS DES SOINS



DATE DU  
DEVIS



DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

07/02/2024

**Facture N° : 2402040**

Patient : Mme EZZAKHRAJY Yamina

Dent	Acte	D	Honoraire
1848	Consultation	D4	200,00
<b>TOTAL</b>			<b>200,00</b>

Somme arrêtée à : deux cents dirhams

Dr. Amal SEDDIQI  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontie - Implantologie  
22, Rue El Alloussi Bourgogne  
Casablanca - Tel: 05 22 486 624

Docteur Amal SEDDIQI

INPE: 094011186 - ICE: 001698983000020 - IF: 40503503