

# 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

- |                                                        |                       |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0023192

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2698 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUMZAIIG

Lahoucine

Date de naissance :

02/07/1953

Adresse :

Hat Sidi Abdessrhane Rue 29 N°60

Tél. : 06 33 52 92 00 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06/02/2014

Nom et prénom du malade :

BOUMZAIIG BOUAFIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même 291, Rue Mustapha El Mâani

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

opacité cataracte

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 : CAF

Le : 08/03/2024

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 Coefficients	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	
		<i>Graft Grafting Injektif</i>	<i>20</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>40</i>
		<i>20/20 Grafting Injektif</i>	<i>20</i>	MONTANTS DES SOINS <i>800,-</i>
				DEBUT D'EXECUTION <i>01/02/2024</i>
				FIN D'EXECUTION <i>18/02/2024</i>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	D	COEFFICIENT DES TRAVAUX 
	D	00000000   00000000 35533411   11433553	B	MONTANTS DES SOINS 
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS 
				DATE DE L'EXECUTION 
				<b>Dr TAJI Mohamed</b> <i>Chirurgien Dentiste</i>

Diplôme d'orthopédie dentofaciale (Dijon)  
 Diplôme de biomatériaux et systèmes  
 implantaire (Bordeaux).  
 Diplôme de radiologie dentaire et  
 maxillo-faciale.  
 Diplôme de management du cabinet dentaire.



## مركز طب الأسنان المعانى

دكتور تاجي محمد سليمان (فرانس).  
 دكتور تاجي محمد سليمان (فرنسا).  
 دكتور تاجي محمد سليمان (الطب الاهلي للاسنان).  
 دكتور تاجي محمد سليمان (الطب الاهلي للاسنان).

Casablanca, le 28/02/2024

Patient(e): M. BOUMZAIRIG Lahoucine

**FACTURE N° 1426M2020**

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
greffe Epithelio conjonctif infe D		4 000,00 DH
greffe Epithelio conjonctif inf G		4 000,00 DH
<b>TOTAL</b>		<b>8 000,00 DH</b>

Arrété le montant de la facture à la somme de

Huit mille DH

**Signature du Praticien**  
**Dr TAJI Mohamed**  
**Chirurgien Dentiste**  
 291, Rue Mustapha El Maâni  
 Tél: 0522 20 56 29 - Casablanca

291، زقة مصطفى المعانى الدار البيضاء، الطابق الثاني، الهاتف: 05 22 20 56 29 / 05 22 26 74 03  
 الضريبة المهنية: 34202234 - الضريبة المضافة: 43803105 - الضمان الاجتماعي:  
 001687442000063 التعرف المودع:

291, Rue Musatapha El Maâni - Casablanca - Tél: 05 22 20 56 29 / 05 22 26 74 03 - E-mail: d.m.taji@gmail.com  
 Patente: 34202234 - IF: 43803105 - CNSS:  
 - ICE: 001687442000063