

## 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

- 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.

**180108**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]  
**6704**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**AZZABI KHALID 196755**

Date de naissance :

**30-08-1954**

Adresse :

**Residence Ouled Ali 27  
Bouskoura**

Tél. :

**0641370386** Total des frais engagés : **7000** Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr BENYEKHLEF Abdesslam**  
Chirurgien Dentiste  
Centre d'Affaire Ouskamane Angle Bd.  
Abdelmoumen et Sakhir Laâjaj 2<sup>me</sup> Etage 118  
Casablanca - tél: 0522 58 03 56, 0522 58 03 59

Cachet du médecin :

Date de consultation :

**16-02-2024**

Nom et prénom du malade :

**LAZZARI Rachid**

Age : **1962**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

ALD

ALC

Pathologie : **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 : **16/02/2024**

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
16/02/14	CCC sur 36 et 37	1200x2	1000,00 Dhs	Dr BENYEKHLIDJ Abdellah Chirurgien Dentiste Centre d'Altezat 200m Angle Bd. Bab El Oued - Tél: 0522 833 500

## 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 MEDICALS

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

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]	Montant de l'impôt
fonctionnel. Théoriquement, il devrait être égal à la somme des impôts	1 000 000

Fonctionnel, Thérapeutique et essentiellement professionnels et honoraires

2 CCC ~~schiff~~ ~~1863~~ ~~1000~~  
CENTRE D'ARTISANAT D'ART  
Sudan ~~1974~~

EFFICIENT  
DES TRAVAUX

## **MONTANTS DES SOINS**

DATE DU  
DEVIS

### ANSWER

DATE DE  
L'EXECUTION

FEA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

Dr BENYEKHIFI Abdesslam  
VISA ET CADRE DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
Chirurgien Dentiste  
Centre d'Affaire Ousmane Agha  
Abdelmoumen et Rachid 2<sup>me</sup> Etage 1<sup>re</sup> 8  
Casablanca Tél: 0522 882320 0522 24073





