

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M23-002257

204085

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8550

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Douri Ji Fouad

Date de naissance : 18/04/1960

Adresse : LOT EL FATH 2 N° 65 Sidi Tharoud

CASABLANCA

Tél. : 0661352585 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. BOUBRIK Brahim**  
Chirurgien Dentiste Spécialiste

264, Bd Ghandi

Tél. : 052239 66 69

Date de consultation : 30/04/2024 Age :

Nom et prénom du malade : Douri Ji Fouad

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Soin dentaire

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 : 30/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

ACCUEIL

03 MAI 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

### 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

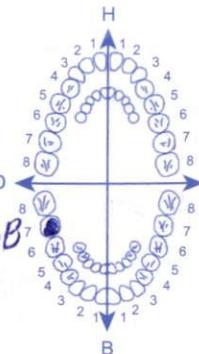
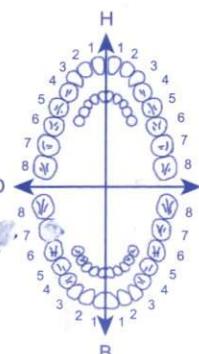
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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								
											
											
<p><b>Dr. BOUBRIK Brahim</b>  <b>Chirurgien Dentiste Spécialiste</b>  <b>264, Bd Ghandi</b>  <b>Tel.: 0522 39 66 69</b> </p>											
<p><b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412 21433552 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000 35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
H	25533412 21433552 00000000 00000000										
D	00000000 00000000 35533411 11433553										
B											
<p><b>Coefficient des Travaux</b> <b>D20</b></p> <p><b>Montants des Soins</b> <b>1000,00</b></p> <p><b>Début d'Execution</b> <b>30/04/2024</b></p> <p><b>Fin d'Execution</b> <b>30/04/2024</b></p> <p><b>Coefficient des Travaux</b> <b> </b></p> <p><b>Montants des Soins</b> <b> </b></p> <p><b>Date du devis</b> <b> </b></p> <p><b>Date de l'Execution</b> <b> </b></p>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**Dr. BOUBRIK Brahim**  
**Chirurgien Dentiste Spécialiste**  
**264, Bd Ghandi**

**Tel.: 0522 39 66 69**



# Cabinet Dentaire Boubrik

**FACTURE N° 0001628**

## Casablanca, le

Mr/Mme

Douiji.FouAD Casa

Dates des actes	Dents traitées	Désignation acte Code acte	Cotation NGAP	Montant
10/12/4/17	obturation		120	1000
<b>Dr. BOUBRIK Brahim</b>				
Chirurgien Dentiste Spécialiste				
264, Bd Ghandil				
Tél.: 0522 39 66 69				

## TOTAL

1,000.00

Arretée la présente facture à la somme en dirhams de :