

## 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.

N° W19-463259

RID

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>15816</b>			
Matricule :	9558	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>JAAFAR HAFID</b>			
Date de naissance : <b>24/10/1969</b>			
Adresse : <b>VILLA C46 20 NAILA II MARRAKESH</b>			
Tél. : <b>0661702760</b> Total des frais engagés : <b>14000DH</b> Dhs			

Cadre réservé au Médecin		<b>Dr. Chorouf EL BOUJOUSFI</b> Chirurgien Dentiste N°ot. N° 4 Unm. E Complexe Adassil Av. Allal El Fassi Bab Doukkala Marrakech / Tél. : 05 24 44 95 95
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <b>31/10/2019</b>		
Nom et prénom du malade : <b>Jaafar amar</b> Age :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input checked="" type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <b>Saindentite</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>04/10/2019</b>		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : <b>MARRAKECH</b>		
Signature de l'adhérent(e) : <b>Jaafar amar</b>		
Le : <b>31/10/2019</b>		

### 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
1/1/1999	EDT	65 - D10	100,00 DH	INP: 101116181626
10/1/1999	CD	16 - D15	300,00 DH	Chirurgien Dentiste
19/1/1999	EDT	55 - D10	100,00 DH	Dr. EL BOUYOUSFI
30/1/1999	CP	16 - D15	300,00 DH	App. N° 4 bni. R. Compagnie Adass
31/1/1999	CP	146 - D15	300,00 DH	Marrakech / Tel. 05 24 44 99 95
5/2/1999	CP	36 - D15	300,00 DH	Dr. Bouakkala

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 101116181626	
	6 5	EDT	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX D80	
	2 6	CP	D15		
	5 5	EDT	D10		
	1 6	CP	D15		
	4 6	CP	D15		
	3 6	CP	D15		
				MONTANTS DES SOINS 1400,00 DH	
				DEBUT D'EXECUTION 31/12/1998	
				FIN D'EXECUTION 31/12/1998	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
	G				
				MONTANTS DES SOINS [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
				DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Chorouq EL BOUYOUSFI

Docteur en Chirurgie dentaire

Parodontologie - Implantologie - Chirurgie - Prothèse  
Blanchiment dentaire - Esthétique dentaire



الدكتورة شروق البويسفي

دكتورة في طب و جراحة الأسنان

أمراض اللثة - زراعة الأسنان - الجراحة - عرض الأسنان  
بيض - تجميل الأسنان

Marrakech, le : 31/12/2019

Facture 285180

Doit :

Jaafar Omar

Désignation	Montant
65 extraction → D10	100,00
26 composite → D15	300,00
55 extraction → D10	100,00
16 composite → D15	300,00
46 composite → D15	300,00
36 composite → D15	300,00
Montant Total	
1400,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre-vingt-dix mille quatre cent dirhams

Condition de règlement :

Dr. Chorouq EL BOUYOUSFI  
Chirurgien Dentiste  
App. N° 4 Imm. E. Complexe Atlassi  
Av. Allal El Fassi Bab Doukkala  
Marrakech 40000  
Tél. : +212 (0) 524 449 595