

## 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° W19-493300

RD = 17295

RID

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : 1827

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMANE Khadija

Date de naissance :

1965

Adresse :

305, lot AC Panar Cité d'akchla Agadir

Tél. : 0661 28 29 17

Total des frais engagés : 400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

  
Clinique Dentaire d'Agadir  
Dr. HADRIENE Hocine  
Chirurgien Dentiste  
Av. Cheick Saadi - Talborjt-80000 Agadir  
Tél : +212 5 28 82 68/ +212 5 28 84 88 60  
Fax : +212 5 28 84 00 60

Date de consultation :

29/10/2019

Nom et prénom du malade :

AMANE KHADISSA Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie Dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

20 JAN 2020

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 : Agadir

Signature de l'adhérent(e) :

 Le : 29/10/2019

## 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## 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 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 : 1044215120
<i>Détoxifiant haut et bas</i>	-	Det	D12	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX D12
				MONTANTS DES SOINS 400,00
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A 3D coordinate system is shown with three axes: H (vertical), D (horizontal), and G (depth). The H-axis points upwards, the D-axis points to the left, and the G-axis points towards the viewer. The origin is at the center of the grid.

### [Création, remont, adjonction]

#### **Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Clinique Dentaire  
d'Agadir*

**Dr HADRANE ELHOUCINE**

Docteur en chirurgie dentaire

**ICE** 001899642000065  
**INP** 044025120  
**Patente** 48122614  
**IF** 76117350  
**CNSS** 6022967

Agadir, le 29/10/2019

**Facture** D-2019-10-247

**Nom & prénom patient**

**AMANE KHADIJA**

Vous trouverez ci-dessous le détail des actes réalisés:

Date	Libellé	Dent	Coefficient	Montant
29/10/2019	Détartrage haut et bas	-	D12	400,00

Montant total	400,00	Dirhams	Quatre cents Dirhams
Espèces		TPE	x

*Clinique Dentaire d'Agadir  
Dr. HADRANE ELHOUCINE  
Chirurgien Dentiste  
Av. Cheick Saadi 14 Talborji-80000 Agadir  
Tél : +212 5 28 82 75 69/+212 5 28 84 88 66  
Fax : +212 5 28 84 00 66*