

# 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

- 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.

M22- 0017655

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1168

Société : RAM PEC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boumahi Mohamed

Date de naissance :

01.01.1950

Adresse :

11B RUE TANGER CITE de l'an NOUAFER

Tél. : 06.66.63.4167

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Hicham AFFAR**  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
156, Bd Oum Errabbi El Oulfa  
Casablanca - Tel : 05 22 93 48 28

Date de consultation : 15.02.2023

Nom et prénom du malade : Boumahi Mohamed Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prothèses dentaires

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

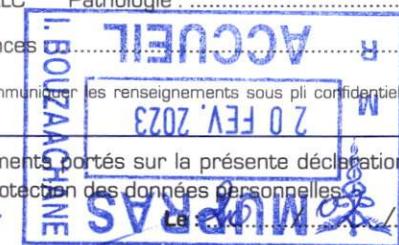
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0017655**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### **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**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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

### **[Création, remont, adjonction]**

**Dr. Hicham AFFAR**  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
ATTESTANT LE DEVIS  
196A EL FALAKI  
Ed. Oum Errabii El Oulifa  
Casablanca Tel : 05 22 93 48 28

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

D995

5900,00

15/02/23

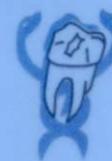
DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire  
de Casablanca  
Diplôme en Orthodontie de l'Université de  
Bourgogne(France)  
Diplôme en Implantologie de l'Université Paul  
Sabatier (Toulouse)



# الدكتور هشام عفار

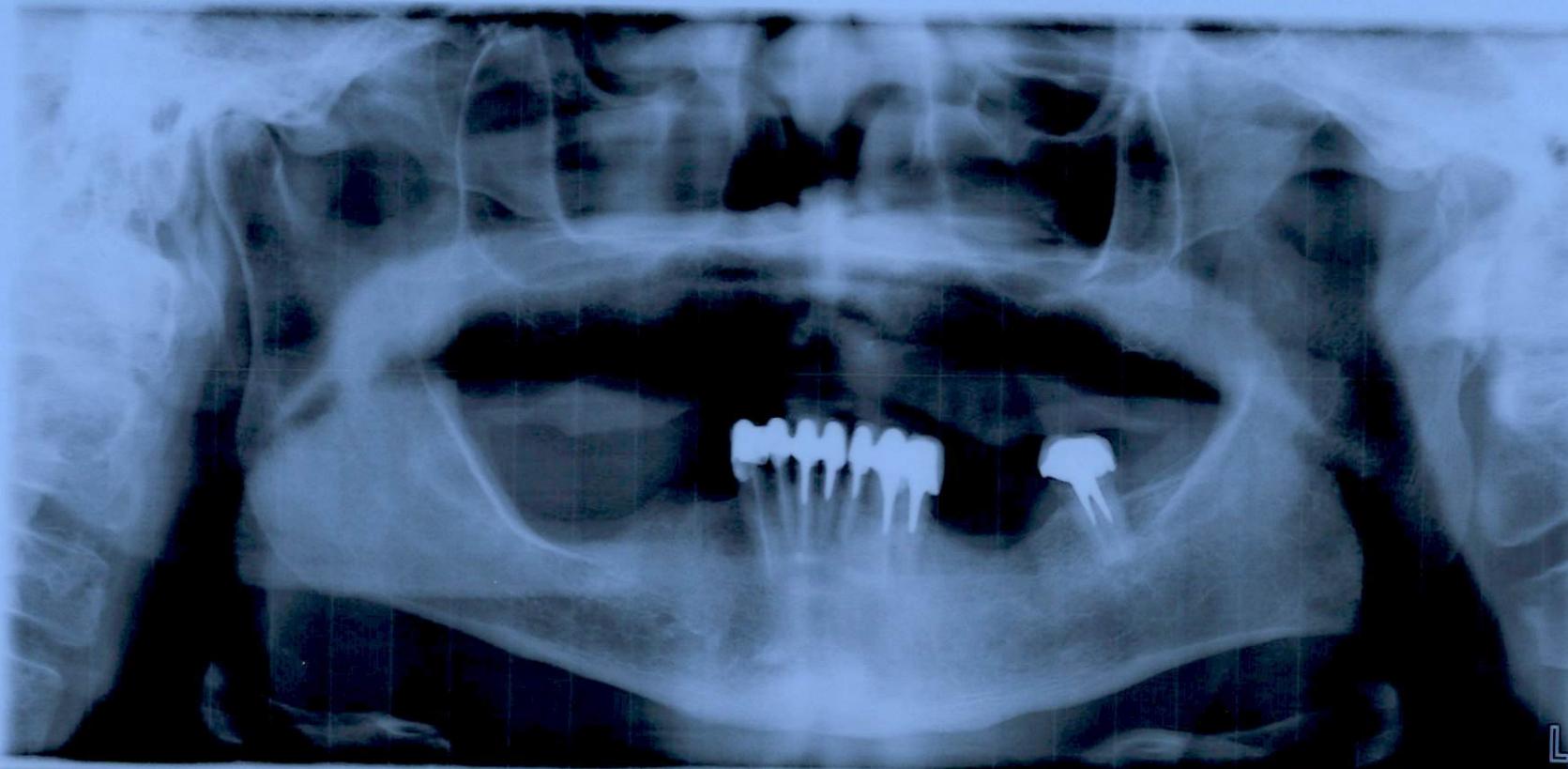
طبيب جراح للأسنان  
خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركون  
بفرنسا  
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Patient : BOUMAHDI Mohamed

Date :

Dents : radio panoramique

Observation :



538 : Boumhdi Mohamed

14/02/23 70.0kV 11.0mA 15.8s 86.7mGy\*cm<sup>2</sup>

Provider Default