

## 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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

N° W19-432387 *(Objet)*

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7580**

Société :

*retirante*

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

**ESSAHIBI HASSAN**

Date de naissance :

**01/11/1961**

Adresse :

**Bloc 3 N°20 HAY AL DUHAL DCHEIRA**

Tél. :

**0695560949**

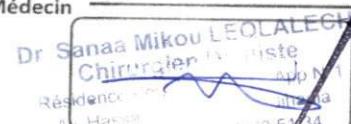
Total des frais engagés :

**150,00**

Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**10/10/19**

Nom et prénom du malade :

**ESSAHIBI HASNACCUS**

Age : **56 ans**

Lien de parenté :

**Lui-même**

**conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

**Soins dentaires**

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 :

*DR SANA*

Le : **10/10/19**

Signature de l'adhérent(e) :

*S. Hassane*

## **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 - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
	6 4	Extraction D <sub>4</sub>																	
INP : 101111718918																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX D <sub>4</sub>																			
MONTANTS DES SOINS 150,00 DH																			
DEBUT D'EXECUTION 10/07/19																			
FIN D'EXECUTION 10/17/19																			
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
<hr/>																			
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
MONTANTS DES SOINS																			
DATE DU DEVIS																			
DATE DE L'EXECUTION																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

*Docteur Sanaa Mikou Leqlalech*

Chirurgien Dentiste

Diplômée de la Faculté  
de Médecine Dentaire de Casa

Résidence Kenza - 1<sup>er</sup> étage App N°1 - Av. Hassan II  
Dcheira - El jihadia- Inezgane  
Tél. Fax : 05 28 33 51 34



الدكتورة سنا ميكو لقلالش

طبيبة جراحية للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان

بالدار البيضاء

إقامة مكتبة الطالق الأول شقة رقم 1 شارع الحسن الثاني

الدشيرة الجهادية - إنزكان

الهاتف : 05 28 33 51 34

Inezgane le

إنزكان في.

1207/13

**NOTE D'HONORAIRE**

Je soussigné(e) Dr, Sanaa Mikou Leqlalech

Certifie que : *Essalibi Hasna*

A subi à ce jour des soins dentaires dont la note d'honorai re s'élève à :

150,00 DH (cent cinquante dh)

Cachet et signature de médecin

Dr Sanaa Mikou LEQLALECH  
Chirurgien Dentiste  
1<sup>er</sup> étage App N°1  
Résidence Kenza - Dcheira El jihadia  
Av. Hassan II, Dcheira El jihadia  
Inezgane - Tel: 05 28 33 51 34