

# 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.

M22- 0043871

09/13  
02/2165

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2586**

Société : **Royal air maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BEHJAOUI Abdellaziz**

Date de naissance : **02 06 1953**

Adresse : **abdelaziz.beljabui@wanadoo.fr**

Tél. **0033603 18 0361** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : **Pathologie**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

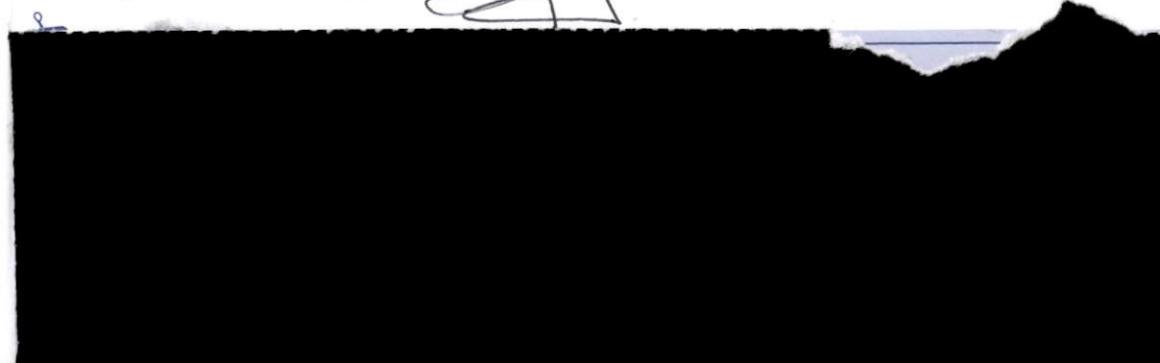
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **Sous**

Le : **29/02/24**

Signature de l'adhérent(e) :



## 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 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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**

2 trials score in 43 & 45  
Bridge 43 & 47 Camo-  
melting

patrick ZEITOUN

VISA ET CACHET DU CHIRURGIEN ATTESTANT LE REVIS

Centre Médical Irène Joliot Curie

~~2-4 rue Frédéric Joliot~~

~~93270 SEVRAN~~

Tel.: 43842500

VISA ET CACHET DU REUNIONNAIS ATTESTANT LA MENTION

Centre Médical Hôpital Joliette

2-4 rue Frédéric Joliot Curie

03270 SETBAN

95270 SEVAN  
Tél: 01 43 84 25 00

Patrick Zeitoun  
Docteur en Chirurgie Dentaire

Centre Médical Irène Joliot-Curie  
Angle Avenues A. Toutain et S. Allende  
93270 Sevran  
Tél. : 0143-842500

N° RPPS



29/2/2024 n° BÉNISAOUI  
Ikhoul

FACTURE DE TRAITEMENT  
MOTRICE

\* Réalisation d'un Inlay core n° 43

UBLD 745 = 175 euros

\* Réalisation d'un Inlay core n° 45

UBLD 745 = 175 euros

\* Réalisation d'un bridge de 43 à 47 (caramandolle)

43 + 44, 45 : UBL 0227 = 1235 euros

46 : UBM 0479 = 200 euros

47 : UBM 0087 = 300 euros

Facture Agrémentée

Patrick ZEITOUN  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Centre Médical Irène Joliot Curie  
24 rue Frédéric Joliot Curie  
93270 SEVRAN  
Tél.: 01 43 84 25 00

10176608001

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèques est accepté.

N° AM



934160086