

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

### 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.

Maladie

Dentaire

Optique

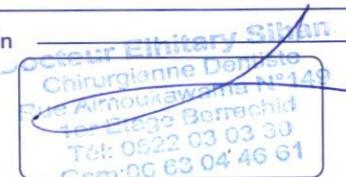
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	5962	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	799443
Nom & Prénom :		FAYED ABDEL MOU LA	
Date de naissance :		05/02/1961	
Adresse :		HAY EL HOUDA Rue 07 N° 11 LOT ECHADRA BERRECHID	
Tél. :		0666 81 00 85	Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/03/2024

Nom et prénom du malade : A'MIL Mina. Age: 60ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaires

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : ALD

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 : BEN RECHID

Le : 05/03/2024

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 - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

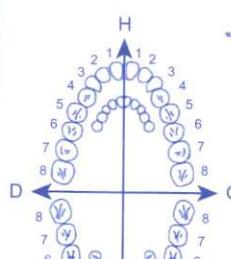
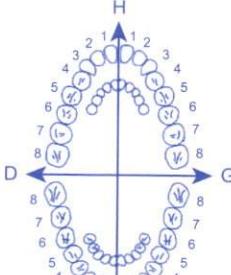
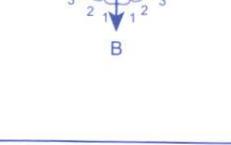
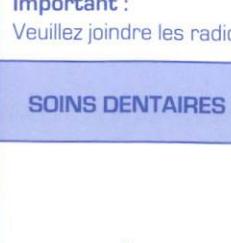
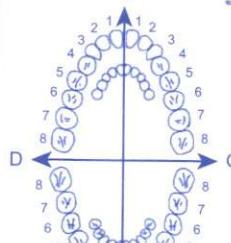
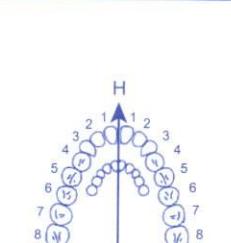
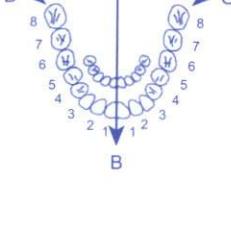
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	Régularisation d'une crete alvéolaire mandibulaire	D 30	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	1000.00dh	MONTANTS DES SOINS
	05/03/24	05/03/24	DEBUT D'EXECUTION
	05.03.24	05.03.24	FIN D'EXECUTION
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H D G B	H D G B	MONTANTS DES SOINS
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	DATE DU DEVIS
	05/03/24	05/03/24	DATE DE L'EXECUTION
	Dr. Elhikary Sibam Chirurgien Dentiste N° 149 Rue Almouzine 1er Etage Bérachid Tel: 0522 03 03 30 Gsm: 06 63 04 40 61	Dr. Elhikary Sibam Chirurgien Dentiste N° 149 Rue Almouzine 1er Etage Bérachid Tel: 0522 03 03 30 Gsm: 06 63 04 40 61	

## NOTES D'HONORAIRES

Nom et prénom du patient : A. Dabir, S.  
Nom et prénom du médecin : Dr.Elhitary Sihan  
Numéro de l'INPE : 064189897  
Numéro de l'ICE : 002533455000048  
Numéro de l'IF : 45725622

**Signature et cachet :**

~~Docteur Elhitary Sibani  
Chirurgienne Dentiste  
Rue Alhoukawima N°149  
1er Etage Berrchid  
Tel: 0522 03 03 30  
Gsm: 06 63 04 46 61~~

Adresse :alyousr2 ,boulevard la résistance n 149,1<sup>er</sup> étage ,berrechid Tel : 0522030330  
Email :dr.elhitary@gmail.com