

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° W21-817911

203662

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A1058

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MERJIT MOSTAFA

Date de naissance :

21/06/1973

Adresse :

73 Bd MABOUD 104 21 2025

Tél. : 0621898520

Total des frais engagés : 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

HAMDI Mostafa
Chirurgien Dentiste
63, Bvd Med V Imm "la Bourse"
2^e Etage Appt. N° 4
Tél : 056 71 03 80 OUJDA

Date de consultation : 25 DEC 2023

25/12/2023

Nom et prénom du malade :

HOUCHI CLASIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *maladie de la valve mitrale (bicuspid) avec insuffisance mitrale*

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 : 26/12/2023

Le : 27/12/2023

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
.....	INP :
.....	
.....	

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 Particulier	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.

ICE : 0117509110065

INP : 084023670 - PT : 10104311

IF : 10108159 - CH : 065 - 100342

INP : 1084023670

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

DAZO

MONTANTS DES SOINS

250900ff

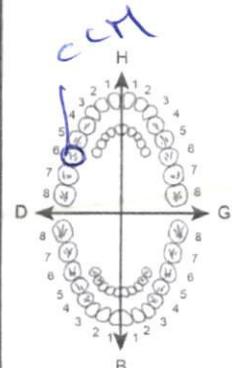
DATE DU DEVIS

25 DEC 2023

DATE DE L'EXECUTION

27 FEV 2024

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

CCOT	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(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

Dr HAMDI Mostafa
CHIRURGIEN DENTISTE
61, Blvd Med Vl Jom "la Bourse"
2ème Etage , Appt. N°4
Tél: 0536 71 03 60 OUJDA

Dr Hamdi Mostafa
Chirurgien-dentiste
63^e BD Med V. Imm. La Bourse
2eme Etage, App .4-Oujda-
Tel : 05 36 71 03 60



الدكتور حامدي مصطفى
طبيب جراحي للأسنان
شارع مجده الخامس عمارة البورصة
شقة رقم 4 لطابقا الثاني وجدة
05 36 71 03 60
الهاتف :

Oujda le :

27 FEV 2024

وحدة في :

ICE: 001750941000065

INP: 084023670 - PT :10104311 FACTURE 52 / 2024

IF :10108159 - CNSS :6190342

Reçus de M, Mme : H.SUTCH SWASSIKA

La somme de : (En chiffre) 25.00 DH

(En lettre) Deux Mille Cinq Cent Dirhams

- Espèce
 Chèque

Pour le travail effectuer : CCM Sm 1, (15)

Arrêter la présente facture a la somme de : 25.00 DH.

..... Deux Mille Cinq Cent Dirhams

I.C.E : 001750941000065

Signature :

Dr HAMDI Mostafa
CHIRURGIEN DENTISTE
63^e Bd Med V. Imm. La Bourse
Zème Etage, App. N^o 4
Tél: 0536 71 03 60 - OUJDA



MLF - 11058

n° = 203662