

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0038501

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1876

Société : Annule et remplace

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUJATI EL NOUSTAFI

Date de naissance : 07/04/1953

Adresse :

Tél. : 069505805

Total des frais engagés : #3000,00#

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/05/2023

Nom et prénom du malade : NOUJATI EL NOUSTAFI

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse dentaire

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

16/05/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# RELEVÉ DES FRAIS HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

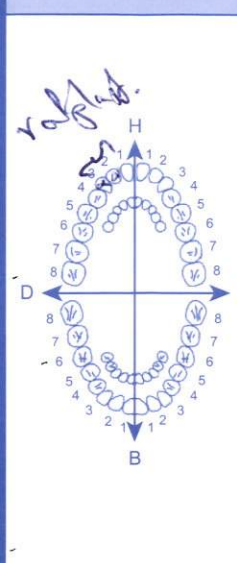
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



13  
12

vallet  
22h

135

Coefficient DES TRAVAUX

135

MONTANTS DES SOINS

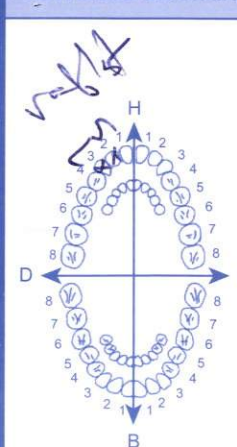
3000h

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE



25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

vallet masticatoire  
A3 et A3.

Coefficient DES TRAVAUX

135

MONTANTS DES SOINS

3000h

DATE DU DEVIS

12/05/23

DATE DE L'EXECUTION

25/05/23

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Z. Khourassani**

**Docteur en Chirurgie Dentaire**

- Soins - Chirurgie
- Prothèses - Orthodontie
- Blanchiment - Radio - Implant



**Centre de Chirurgie  
Dentaire**

**كتورة زينب خوراساني**

**طبيبة جراحة للأسنان**

- علاج - جراحة

- تعويض - تقويم

- تبييض - أشعة - زراعة

**ORDONNANCE**

Nom & Prénom : M. ALONGATI GLAUSTAF Sidi Rahal, le : 25/05/2023

Note d'anamnèse

Jeune de 3000 dh s'agit de la mise en  
bouche d'un valget élégant 13/12.

D = 3000 dh  
135

**Dr. Z. KHOURASSANI**  
113, rue de la Liberté  
1939 Lot Nassim El Rahal  
Tél: 05 22 96 94 08

Lot Meryem, N° 2 - Sidi Rahal Chatii ( Près de Café Anas ) - Berrechid / Tél.: 05 22 96 94 08

تجزئة مريم، رقم 2 سيدي رحال الشاطئ (قرب مقهى أناس) - برشيد / الهاتف : 05 22 96 94 08

IF : 20782696 - ICE : 001942168000052

**Docteur Z. Khourassani**

**Docteur en Chirurgie Dentaire**

- Soins - Chirurgie
- Prothèses - Orthodontie
- Blanchiment - Radio - Implant



**Centre de Chirurgie  
Dentaire**

**الدكتورة زينب خوراساني**

**طبيبة جراحة للأسنان**

- علاج - جراحة
- تعويض - تقويم
- تبييض - أشعة - زراعة

**ORDONNANCE**

Nom & Prénom : BOUGATTI Amina Sidi Rahal, le : 12/05/2023








Dent

Le patient a besoin de valoir  
prothèse valoir pour régler la 12 et  
la 13. est à deux heures et de  
3000 dh.

D = 3000 dh  
135





N° Dossier: 158409   
N° Dossier externe: ACC-01876-25/04/2023  
Type de dossier: DENTAIRE   
Bénéficiaire: NOUQATI EL MOSTAFA  
Situation: Notifié   
Sous-situation: ---   
Date de début: 25-04-2023   
Date de fin: 25-04-2023   
Date de saisie: 25-04-2023  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
17-05-2023	17-05-2023 Manuel ACC DU 26 4 23 ANNULE ET REMPLACE PAR CE NOUVEL ACC D40 PAP 12 13 DR ZINEB KHOURASSANI