

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-506521

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5107 Société : 172412

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BELGNAOUI / Zitouni Nazha Veuve Belgnaoui

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 611,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Meryeme BIKRI  
Chirurgien Dentiste  
6, Avenue Al Hour hay ryad, Rabat  
Tel: 0537 71 87 18 / 17

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BELGNAOUI TAHA Age :

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.

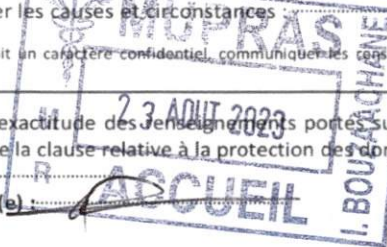
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

23/8/2023



# RELEVÉ 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
Dr. BENWADIH Laila N° 197 Hay Skikina-Témara Tél : 05.37.61.14.07	29.12.2023	17.70

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INPE DR. MERYEM

044198794

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D12

MONTANTS DES SOINS

60015

DEBUT D'EXECUTION

29.12.23

FIN D'EXECUTION

29.12.23

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

D

00000000

35533411

G

21433552

00000000

11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Meryem BIKRI  
Chirurgien Dentiste  
6, Avenue Al hour hay ryad, Rabat  
Tél : 0537 71 87 18 / 17

Date : 29/07/2023.

**ORDONNANCE**

TAHA BELGNAOUI

17.7  
**ELUDRIL B de bouche 3 FI**

Faire après chaque repas des bains de bouche.  
Utiliser le bouchon doseur.

17.7  
**Dr. Meryeme BIKRI**  
Chirurgien Dentiste  
6, Avenue Al hour hay ryad, Rabat  
Tél : 0537 71 87 18 / 17

**PHARMACIE ATLAL**  
Dr. BENWADIH Laila  
N° 197 Hay Skikina-Témara  
Tél : 05.37.61.14.01

INPE : 10 20 12 0 28

## NOTE D'HONORAIRES

### POLYCLINIQUE DENTAIRE DE RABAT

SECT10 BLOC A N° 6 AV AL HOUR,  
HAY RIAD, 10100 Rabat.

Tél : 05.37.71.87.18/ 05.37.71.87.17

ICE : 001611417000024

IF : 40495979 / Patente : 25563762

CNSS : 5952834

### Identification du patient :

Nom et prénom : BELGNAOUI TAHA

Date de naissance : 07/09/1996

Date	Dents	Libellé	Coeff.	Montant
29/07/2023		DETARTRAGE + POLISSAGE	D 12	Dhs 600,00
		Totaux		600,00 Dhs

Date : 29/07/2023

Signature et cachet :

**Polyclinique dentaire de Rabat**  
**Facture payée**



Eludril®

Chlorhexidine-Chlorobutanol Solution pour bain de bouche

Flacon de 90 ml avec gobelet-doseur

Solution pour bain de bouche  
Flacon de 90 ml avec gobelet-doseur

Chlorhexidine-Chlorobutanol

إلودريل®

كلوركسيدين - كلوروبوتانول  
محلول لغسل الفم



قارورة من فئة 90 ملل مزودة بكوب - مقياس

(50 x 50 x 115) mm