

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-708162

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11095

Société :

Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Chami Mousa

Date de naissance :

23/09/1975

Adresse :

Rsd el hand E2, Apt 13, Rue 22

Tél. : 0667812165

Total des frais engagés : 500

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/08/2023

Nom et prénom du malade :

Chafi LATIFA

Lien de parenté :

Lui-même

Age : 30  
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 : Casablanca

Le : 13/10/2023

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 : <input type="text"/>

### 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	

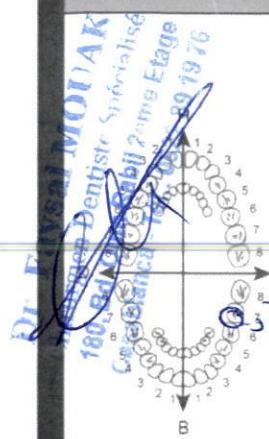
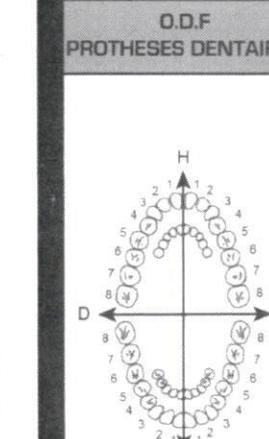
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

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

094180734

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	37	Traitement D25 canalaire		
				
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> D25
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 500 DH
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> 02/08/23
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/> 02/08/23
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 1
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				Dr. Faysal MOUAK Chirurgien Dentiste Spécialisé 180, Bd. Chrabli 2ème Etage Casablanca - Tel.: 0522 89 19 76
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Dr. Faysal MOUAK Chirurgien Dentiste Spécialisé 180, Bd. Chrabli 2ème Etage Casablanca - Tel.: 0522 89 19 76

## Note d'honoraire N°: 504-F-2023

Date : 19/08/2023

CHAIFI latifa

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
OB.CANAL Molaire	D706	D 25	37	500,00 DH
<b>TOTAL</b>				<b>500,00 DH</b>

Mode règlement :

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Cinq cent MAD

Signature du praticien

Dr. Mouak Faysal  
Chirurgien Dentiste  
Maison Dr. Faysal  
Casablanca Tél.: 0522 39 19 76



Date de naissance : 01/01/0001 00:00:00

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone Professionnel:

Téléphone Personnel:

Commentaire :

*DR. Faysal MOUAK*  
Chirurgien Dentiste Spécialisé  
200 au 2000 Oujda  
Casablanca - Tel: 0522 89 19 76