

## 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.



130824

Déclaration de Maladie : N° S19-0001863

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8868 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOUAYI SAMIRA Date de naissance : 02/08/1966

Adresse : IMMEUBLE CALIFORNIE

Tél. : 0660 553288 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / / 2023

Nom et prénom du malade : ZERRA Shems EDDOHA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : implant + prothèse + 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 : Le : 08 / 08 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

### 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



# 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

# 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				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 de Soins	Coefficient	
	27	cal D <sub>8</sub>		COEFFICIENT DES TRAVAUX D <sub>48</sub>
		T.G 2 Seances d <sub>20</sub>		MONTANTS DES SOINS \$ 1000,00
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553
B	B

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

	implant sur la 27.	COEFFICIENT DES TRAVAUX D <sub>3000</sub> + D <sub>200</sub>
	D <sub>3000</sub> .	MONTANTS DES SOINS 13000,00
		DATE DU DEVIS 23/09/2022
		DATE DE L'EXECUTION

DOCTEUR Aomar LATRACH  
Chirurgien - Dentiste  
Implantation Dentaire  
Orthopédie - Dentofaciale  
Sidi Maârouf 6 Av. Farouki Rahali N°173  
Casablanca - Tél.: 05 22 80 99 27

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aomar LATRACH

Orthopédie Dento Faciale  
Implantation Dentaire  
Soins Au Laser  
Les Facettes Dentaire  
Blanchiment Dentaire



الدكتور عمر لطرش

تقويم إعوجاج الأسنان  
غرس الأسنان في الفك  
العلاج بالليزر  
تلبيس الأسنان  
تبييض الأسنان

Casablanca, le : 23/10/2023

Facture N° : 23104/23 / 20..

A : M. ZERRA SREMS EDDOHA

Je soussigné, certifié avoir reçu Monsieur: ZERRA SREMS EDDOHA  
Pour soins

- ☒ Soins  
☒ Prothèse  
☐ ODF  
☒ Implant

Dont le travail est achevé à la date du : 23/10/2023.

Et dont le montant est arrêté à la somme de : quatorze mille dh.

14000,00

BMCI

Agence Casa Sidi Maârouf

Compte N° : 013780010060011760019548

Docteur Aomar LATRACH  
Dentiste-Orthopédie-Dentofaciale  
Sidi Maârouf 6 - Avenue Farouk Rahali  
N°173 Casa - Tél: 05 22 80 99 27

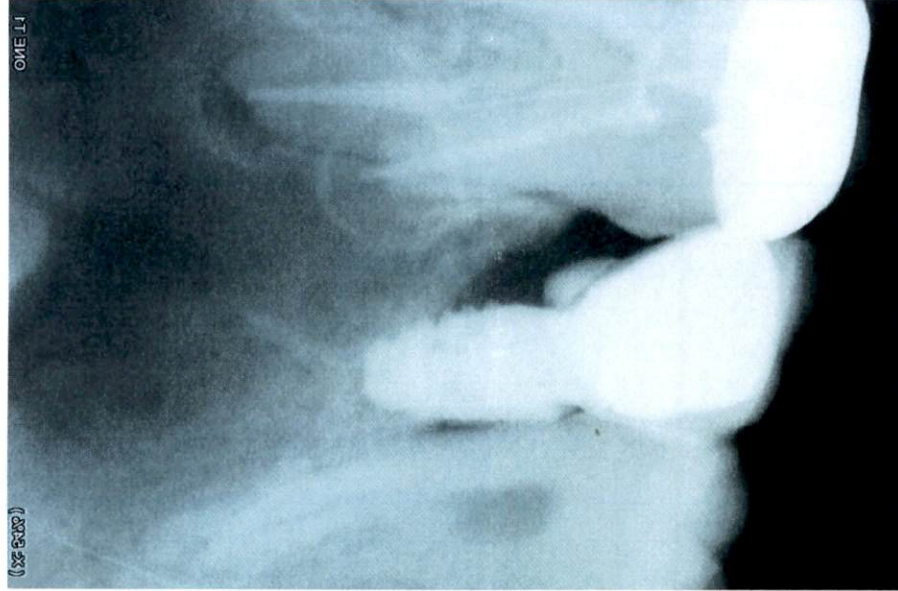
Sidi Maârouf 6, Avenue Farouk Rahali N° 173 - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 83 75 99 - 05 22 80 99 27

RC: 221116 - Patente: 34618488 - IF: 45326990 - CNSS: 2107101 - I.C.E: 001800819000010

Création 23/10/2023  
23/10/2023 - 27 -

ZERRAI SHEMS EDDOHA

Impression 23/10/2023  
Lin.




**Docteur LARACH**  
Chirurgien-Dentiste-Implantation  
Dentaire-Orthopédie-Denture-Éciale  
Sidi Maarouf 6 Av. Farouki Rahali  
N°173 Casa - Tel.: 05 22 80 99 27