

# 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 : N° S19-0001863

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
 Matricule : 8868 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KHOURY SAMIA Date de naissance : 02/08/1966

Adresse : JNAIE CALIFORNIE

Tél. : 0660 553288 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR Amar LATRACH  
 Chirurgien - Dentiste  
 Implantation Dentaire  
 Orthopédie - Dento - Faciale  
 Sidi Maârouf 6 Av. Farouki Rahai N°173  
 Casablanca - Tél.: 05 22 80 99 27

INPE:094016342

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 4 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 : 24/08/22

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

### 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

### 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

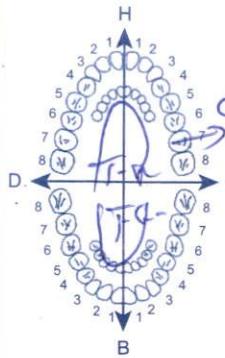
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INPE-0940163A2
	27	eat D <sub>8</sub>		Coefficient DES TRAVAUX D <sub>48</sub>
	T-G	d Seances dD		MONTANTS DES SOINS € 1000,00
	G			
				DOCTEUR Aomar LATRACH
				Chirurgien-Dentiste
				Implantation Dentaire
				Orthopédie Dentale - Faciale
				Sidi Maârouf 6 Av. Farouki Rahali N°173
				Casablanca - Tel.: 05 22 80 99 27
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX D <sub>3000</sub> + D <sub>200</sub>
				MONTANTS DES SOINS € 3000,00
				DATE DU DEVIS 28/09/2022
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

*docteur Aomar LATRACH*

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

implant sur la 27. D<sub>3000</sub>.

+ Coupure Enzomo-  
+ DOCTEUR Aomar LATRACH sur la 27. D<sub>200</sub>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
Orthopédie Dentale - Faciale  
Sidi Maârouf 6 Av. Farouki Rahali N°173  
Casablanca - Tel.: 05 22 80 99 27

INPE-0940163A2

# Docteur Aomar LATRACH

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



# الدكتور عمر لطرش

تقديم إعواج الأنسنان  
غرس الأسنان في الفك  
العلاج بالليزر  
تلبيس الأسنان  
تبسيط الأسنان

Casablanca, le : ..... 23.10.2023 ..

Facture N° : 23.10.23 / 20..

A : ..... M. S. P. M. ....

Je soussigné, certifié avoir reçu Monsieur: ZERRA S. REIMS eDDOH  
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 DHS.

14000,-

BMCI

Agence Casa Sidi Maârouf

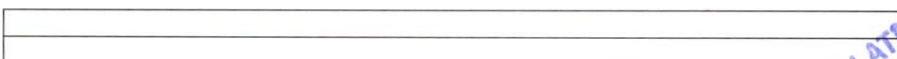
Compte N° : 013780010060011760019548

Dr. Aomar LATRACH  
Chirurgien-Dentiste-Implantation  
Dentiste-Orthodontie-Dento-Faciale  
Sidi Maârouf 6 Avenue Farouki Rahali  
N°173 Casa - Tel. 05 22 80 99 27

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

ZERRAI SHEMS EDDOHA

Impression 23/10/2023  
Lin.



Docteur ABDERRAHMAN LATRACH  
Chirurgien Dentiste-Implantation  
Dentaire Orthopédie et Chirurgie Faciale  
Sidi Maarouf 6 Av. Farouk Rahali  
N°173 Casab - Tel: 05 22 80 99 27