

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

181502

**Déclaration de Maladie : N° P19-0015503**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8868 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHOUJI SAMIRA

Date de naissance : 02/08/1986

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : 200.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/09/2023

Nom et prénom du malade : KHOUJI SAMIRA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Sœur

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

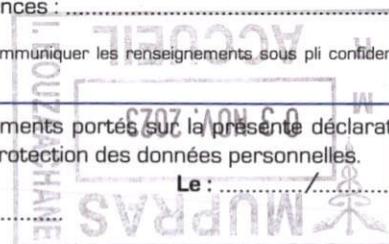
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



### 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
8/11				

### 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

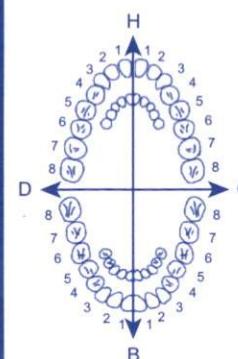
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	46	08/0D	D <sub>28</sub>
	36	Co posé	D <sub>20</sub>
	16	Co posé	D <sub>20</sub>

Docteur SIDI MAR LATRACH  
Chirurgien-Dentiste-Implantation  
Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale  
Sidi Maoufouf Av. Farouk Rahali  
N°173 Casa 2 Tel: 05 22 80 99 27

COEFFICIENT DES TRAVAUX D<sub>68</sub>

MONTANTS DES SOINS 2000,00

DEBUT D'EXECUTION

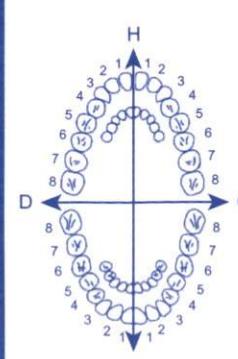
FIN D'EXECUTION 26/03/2023

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur SIDI MAR LATRACH  
Chirurgien-Dentiste-Implantation  
Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale  
Sidi Maoufouf Av. Farouk Rahali  
N°173 Casa 2 Tel: 05 22 80 99 27

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Aomar LATRACH

Orthopédie Dentofaciale  
Implantation Dentaire  
Soins Au Laser  
Les Facettes Dentaire  
Blanchiment Dentaire



# الدكتور عمر لطرش

تقديم إعوجاج الأسنان  
غرس الأسنان في الفك  
العلاج بالليزر  
تبييض الأسنان  
تبييض الأسنان

Casablanca, le : ..... 26/08/2023 ..

Facture N° : 26081123 / 20..

A : ..... Mupras : .....

Je soussigné, certifié avoir reçu Monsieur: Ichaoui Samir.  
Pour soins

Soins

Prothèse

ODF

Implant

Dont le travail est achevé à la date du : 26/08/2023

Et dont le montant est arrêté à la somme de : 2000,- deux mille DHS

BMCI

Agence Casa Sidi Maârouf

Compte N° : 013780010060011760019548

Docteur AOMAR LATRACH  
Chirurgien-Dentiste Implantation  
Dentiste-Orthopédiste Dentofaciale  
Sidi Maârouf 6 Av. Farouki Rahali  
Sidi Maârouf 6, Avenue Farouki Rahali N° 173 - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 83 75 99 - 05 22 80 99 27  
Tél. : 05 22 80 99 27

Sidi Maârouf 6, Avenue Farouki 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