

## 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.

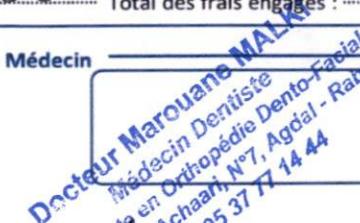
### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	AB52	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Riti IMANE 179653	
Date de naissance :		15/07/1981	
Adresse :		Avenue GARA RES les Portes de RABAT IMM 23 APPT 19 TEMARA	
Tél. :		0661267106	
		Total des frais engagés : _____ Dhs	

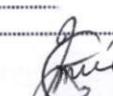
**Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Docteur Marouane MALKI Médecin Dentiste Spécialiste en Orthopédie Dentofaciale 13, Rue Al Achaoui, N°7, Agdal - Rabat Tél.: 05 37 77 14 44	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :




#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVÉ DES 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 - RADIOGRAPHIES**

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	R

### [Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

John

pernoster odg  
u 141101 2023  
u 14121 / 2023

Docteur Marouane MALKI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
Spécialiste en Orthopédie Dentofaciale  
13, Rue Al Achaari, N°7, Agdal - Rabat

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Marouane MALKI

DU d'Orthodontie - Rabat

DU de Chirurgie Implantaire et Parodontale - Bordeaux

Master Certificate in Adhesive and Esthetic Dentistry - Genève

## FACTURE

**Date:** 31/10/2023

**Patient(e):** BENNIS INES

Détails	Dents traités	Cotation	Honoraires
2ème semestre odf		D629	3000 DH
DU 14/10/2023			
AU14/04/2023			
<b>Total des honoraires :</b>			<b>3000 DH</b>

Arrêté le présent document à la somme de : **Trois Mille DIRHAMS**

Docteur Marouane MALKI  
Médecin Dentiste  
Spécialiste en Orthopédie Dentofaciale  
13, Rue Al-Achaari, N°7, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 77 14 44

13 , Rue Al-Achaari , N° 3, Agdal,  
Rabat (Face Hôtel Ourida)  
Tél : 05 37 77 14 44  
Email : malkimar@gmail.com