

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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 à caractère personnel.

W21-831003

186.535

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : <b>7644</b>	Société : .....
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <b>ELKAHLAOUI SAID</b>	
Date de naissance : .....	
Adresse : .....	
Tél. : .....	Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : <b>05/12/2023</b>	
Nom et prénom du malade : <b>ELKAHLAOUI SAID</b> ..... Age: .....	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <b>Sous Dentaires</b>	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC	
En cas d'accident, préciser les causes et circonstances : .....	
Dans le cas où la maladie a 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 : <b>MUPRAS</b> le <b>13 DEC 2023</b> / Accueil /	

Le : ..... / ..... / .....



### 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 Cœfficients	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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					D <sub>3</sub>
					MONTANTS DES SOINS
					200,00 DT
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
					05/12/2023
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
	(Création, remont, adjonction)				MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
	Montant des Honoraires				
	DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION

### CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DOCTEUR ANOUAR CHKALANTE  
CHIRURGE DENTISTE  
Res. Fatima Zahra  
22, Bd. Omar Al Khayam - Casablanca  
1<sup>er</sup> Etg. N°2 Beausejour - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 70 35

Le : ..... 05/12/2023 .....

Nom : **M. ELKAHLAOUI SAID**

## Note d'honoraire N°: 329-F-2023

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
Consultation	Consultati on	D 3	Toutes	200,00 DH
			<b>TOTAL</b>	<b>200,00 DH</b>

Mode règlement : Espèce

CABINET DENTAIRE  
SPECIALISE

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Deux cent MAD

Docteur Anouar CHKALANTE  
Signature du praticien  
CHIRURGIEN DENTISTE  
22, Bd. Omar Al Khayam, Rés. Fatima Zahra  
1er Etg. N°2 Beauséjour - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 70 35

العنوان : 22، شارع عمر الخيام، إقامة فاطمة الزهراء، الطابق الأول رقم 2، بوسسيجور - الدار البيضاء  
الضريبة المئوية : 34821710 - الضريبة المضافة : 51103223 - الضمان الاجتماعي : 6673570 - التعريف الموحد : 001643066000071  
الهاتف : 05 22 94 70 35 - 06 60 64 58 12