

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



## Déclaration de Maladie

N° W21-829645

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 2055 Société : A 87505

Matricule : 2055

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Said El Bazi

Date de naissance : 7-03-1952

Adresse : R. Menour - Remd, Dohar Villaz

Tél. : Total des frais engagés : 800

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Fouad TAZI  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Spécialiste en Orthodontie  
Spécialiste en Implantologie  
45, Rue Atlas Marini-Casa  
Tél. 0522 95 20 34-0522 95 20 95

Date de consultation : 27/11/2023

Nom et prénom du malade : M<sup>re</sup> EL Bazi Regina

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

Nature de la maladie : consultation

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie avait 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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 20 DEC 2023

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

Signature du médecin : [Signature]

ACCUEIL

# 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
				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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

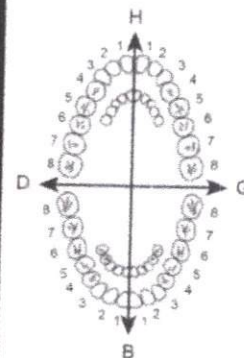
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



Dr. Fouad TAZI  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Spécialiste en Orthodontie  
Spécialiste en Endodontologie  
45 Rue Abou Marjif-Casa  
Tél: 0522 98 20 95

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

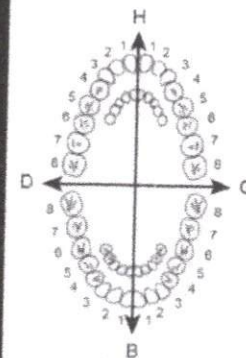
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433582	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433583	
	B	

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. Fouad TAZI  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Spécialiste en Orthodontie  
Spécialiste en Endodontologie  
45 Rue Abou Marjif-Casa  
Tél: 0522 98 20 95

# Dr Fouad TAZI

Dr d'Etat en Chirurgie Dentaire  
Spécialiste en Implantologie & Orthodontie

Diplômé de la FMDM



الدكتور فؤاد التازي

طبيب اختصاصي في جراحة الفم و الأسنان  
إختصاصي في زرع و تقويم الأسنان  
للصغار و الكبار

ICE: 00171312600048.

INP: 094012986.

IF: 40707044.

Casablanca le : 27/11/2023

Facture: M<sup>re</sup> El-Ba'zi Regina. 6

consultation: 200,00 DH

  
Dr. Fouad TAZI  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Spécialiste en Orthodontie  
Spécialiste en Implantologie  
45, Rue Atlas Maârif-Casa  
Tél: 05 22 98 20 94 / 05 22 98 20 95