

## 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

- 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° W21-701229

PEC DEVIS  
CASA ANJA

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11460 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KANBOU NABIL

Date de naissance : 12-03-75

Adresse : N°58, Rue 3, Q. YOUSRA, OULFA, CASA

Tél. : 0661 05 21 35 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/01/2023

Nom et prénom du malade : ILYAS KANBOU

Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Traitement orthodontique 3 semestres

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



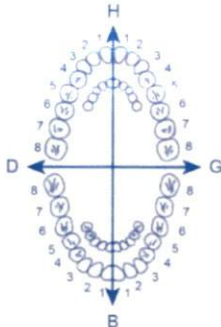
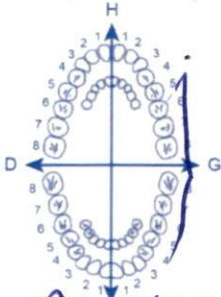
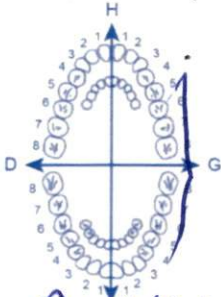
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ 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	INP : 034188067														
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">25533412</td><td style="text-align: left;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">35533411</td><td style="text-align: left;">11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input style="width: 100px;" type="text" value="D641(gd)"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
  D641(gd) 3e semestre	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  <i>traitement orthodontique multibague haut et bas, de 06/06/2020 à 3e semestre de traitement</i>			Montants des Soins <input style="width: 100px;" type="text" value="18000 - 3000 = 30000&lt;br/&gt;12000"/>														
				Date du Devis <input style="width: 100px;" type="text" value="15/01/2021"/>														
				Date de l'exécution <input style="width: 100px;" type="text" value="01/06/2021"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ET ADHEREN

N° Dossier: 151333  
N° Dossier externe: PEC-11460/01/03/23  
Type de dossier: DENTAIRE  
Bénéficiaire: KANBOU ILYAS  
Situation: Notifié  
Sous-situation: ---  
Date de début: 01-03-2023  
Date de fin:  
Date de saisie: 01-03-2023  
Événement:

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires existants [↑]

Date	Type	Commentaire
03-03-2023	Manuel	ACC D90 3EME SEM ODF



# NOTE D'HONORAIRES



Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de l'INPE : 094188067

N° de l'ICE : 00228081 600 0067

N° de l'IF : 37505713

Bénéficiaire : ILYASSE KANSBOS

Date : 01/06/2023

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
تreatment orthodontique multibagues haut et bas.	D90x6					
	D629x6			90 x 6	12000,00	
			facture de	3 <sup>ème</sup> semestre de traitement		

Montant global : ≠ 12 000,00 DA ≠

Mode de paiement ☐ Espèces

☐ Chèque



Adresse :

Téléphone :

Fax :

E-mail :