

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'I
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-013898

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8562 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BELBACHIR KARIM
Date de naissance : 09/02/1971
Adresse : RESIDENCE LES 3 GOLFS, VILLA 13 -
VILLE VERTE - BOUSKORA
Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/05/2023
Nom et prénom du malade : belbachir Fatima Zahra Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : traitement ODF
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : CASABLANCA Le : 16/05/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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

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 Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

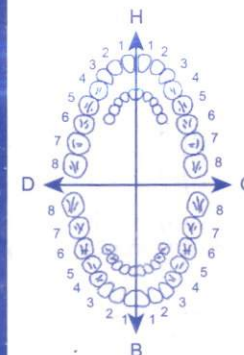
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

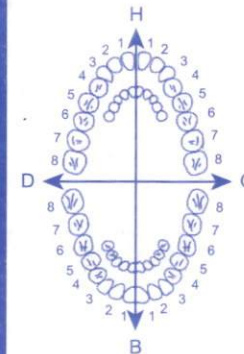
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Demande de réalisation de 2ème semestre pour traitement ODF

IMPE : 094187566

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Awatif Zaki Ziraoui
Orthodontiste
N° 836, Bd. El Kods, 2ème Etage
Tél. : 05 22 21 35 66

Dr. Awatif Zaki Ziraoui
Orthodontiste
N° 836, Bd. El Kods, 2ème Etage
Tél. : 05 22 21 35 66

**CABINET DE GROUPE
DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Dr. Awatif Zaki Ziraoui
Orthodontiste

Dr. DELLERO Naouar
Médecin dentiste



**عيادة متعددة التخصصات
لطب و جراحة الأسنان**

الدكتورة عواطف زكي زيراوي
تقويم إعوجاج الأسنان

الدكتورة نوار الدليرو
طبيبة أسنان

Ordonnance

Facture

...09/06/2023

NOM ET PRENOM : **belbachir fatima zahra**

Pour Paiement du **deuxieme** semestre de
traitement orthodontique

D90

PRIX : 5000 dirhams.

Dr Awatif ZAKI ZIRAOU
Orthodontiste
636, Bd Al Qods 2ème Etage Mandarona
Casablanca - Tél. : +212 527 21 35 66

**CABINET DE GROUPE
DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Dr. Awatif Zaki Ziraoui
Orthodontiste

Dr. DELLERO Naouar
Médecin dentiste



**عيادة متعددة الإختصاصات
لطب و جراحة الأسنان**

الدكتورة عواطف زكي زيراوي
تقويم إعوجاج الأسنان

الدكتورة نوار الدليرو
طبيبة أسنان

Ordonnance

16 / 05 / 2023

Devis

NOM ET PRENOM : **belbachir fatima zahra**

Pour Paiement du **deuxieme** semestre de
traitement orthodontique

D90

PRIX : 5000 dirhams.

Dr. Awatif Zaki Ziraoui
Orthodontiste
N° 836, Bd. El Qods - 2
Tél : 05 22 21 36 43

N° Dossier: 164632 
N° Dossier externe: PEC-08562/09-06-23,
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: BELBACHIR FATIMA ZAHRA
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 09-06-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 09-06-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
12-06-2023	Manuel	ACC D90 2EME SEM ODF