

# 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.



DECLARATION DE MALADIE

N° W21-823518

192868

Optique  Dentaire

Maladie  Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8658 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL GUEFGAII SKENDHAL

Date de naissance : 31.03.1972

Adresse : Hadituelle

Tél. : 0663761103 Total des frais engagés : 1600,00 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr.Zakaria MOUAKIT  
Medecin Dentiste  
44, Rue Al Wououd 1er étage  
Appt 2 Hay Baha - Beaujjour

Date de consultation : 13/10/2018

Nom et prénom du malade : EL Guergaai Kenza

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Soins dentaires

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 01 MAR. 2018

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à la médecine 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 : AGADIR Le : 28/10/2018

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-823518

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

## **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
16/02/24	Op 16.17	1x50	160000	INP : 0999104324 Dr.Zakaria MOUAKHT Médecin Dentiste Rue Al Wouroud 1er étage AA, Rue Hayha - Beauséjour 2 Hayha 22 36 12 21
	Op 26/27	1x50	—	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### • 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 d'explorations complémentaires.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1094174323														
	16	copie	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	17	copie	D10	D <sub>40</sub>														
	26	copie	D10	MONTANTS DES SOINS														
	27	copie	D10	1600,00														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>Dr. Zakaria MOUAKIT</b> <i>Medecin Dentiste</i> <b>44, Rue Al Mouroud 1er étage</b> <b>Appt 2 Hay Raha - Beauséjour</b> <b>S. + T. + 05 22 36 12 21</b>		DEBUT D'EXECUTION	10/02/20														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		FIN D'EXECUTION	10/02/24														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H	D	G	25533412	00000000	21433552	00000000	35533411	00000000	<hr/>		B	00000000	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	D	G																
25533412	00000000	21433552																
00000000	35533411	00000000																
<hr/>		B																
00000000	11433553																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		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'EX



Dr. Zakaria MOUAKIT

# عيادة النور لطب الأسنان - CABINET DENTAIRE ANNOUR

وقاية - علاج الأسنان - أمراض اللثة - حفاظة و زراعة الأسنان - تقويم الأسنان  
PROPHYLAXIE - SOINS DENTAIRES - PARODONTIE - ORTHODONTIE - CHIRURGIE & IMPLANTOLOGIE - PROTHÈSE FIXE ET MOBILE

Casablanca le : ... / ... / .....

Facture

Le montant des Sais réalisées pour enfant El guerga

Kenza remonte à Nouadhibou

( mille seize cents dinars)

Dr.Zakaria MOUAKIT  
Medecin Dentiste  
44, Rue Al Wouroud 1er étage  
Appt 2 Hay Raha - Beauséjour  
Casablanca - Tél. 05 22 36 12 21

زنقة الورود، رقم 44، الطابق الأول، شقة 2، حي الراحة - بوسigour - "أمام مسجد النور" - الهاتف : 05 22 36 12 21

44, Rue Al Wouroud, 1er étage, Appt 2, Hay Raha Beauséjour - « en face de la mosquée Annour » - Tél.: 05 22 36 12 21

T.P: 34801785 - I.F: 14372856 - ICE: 001947097000053