

## 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.

N° W21-798219

198382

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 9907 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAAROUSSE Abderrazak

Date de naissance : 23/09/69

Adresse : N°6 Rue 21 Hay Ousra Attachok Casa

Tél. : 0661 095467 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur S. ETTAKI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA 2<sup>e</sup>  
2<sup>e</sup> Etage - Casablanca  
Tél : 05 22 27 55 55

Date de consultation : 09/03/24

Nom et prénom du malade : Laâïla Romssi Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Carie dentaire

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.

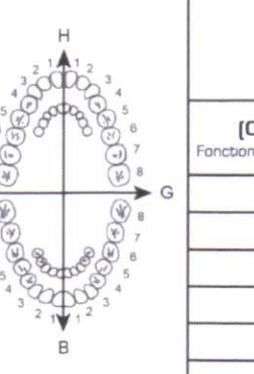
Fait à : Casablanca Le : 11/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Laâïla Romssi

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
				INP : <input type="text"/>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées  3 7 Coupure D.r	Nature des Soins  Coefficient	INP : <b>INPE : 094015781</b> COEFFICIENT DES TRAVAUX  <b>D.r</b>											
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS  <b>400 dh</b>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
			DEBUT D'EXECUTION  <b>09103124</b>												
			FIN D'EXECUTION  <b>09103124</b>												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX  												
			MONTANTS DES SOINS  												
			DATE DU DEVIS  												
			DATE DE L'EXECUTION  												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b> 															
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b> 															

Docteur S.ETTAKI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Diplômée de l'université  
de Paris  
Spécialiste en Prothèse  
fixe, amovible et pathologie  
de la muqueuse buccale

الدكتورة س. التاقي  
طبيبة جراحة للأسنان  
خريجة جامعة باريس  
اختصاصية في التعويض الثابت  
المتحرك وأمراض الفم

Casablanca, le : 05/03/24

Lia Roussi. Abdellaziz

Note d'hôpital

→ compact en last = Dr

= ملحوظ

Docteur S.ETTAKI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4  
Casablanca  
Tél : 05.22.27.55.55