

## 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

- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M23-0025380

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : .....	.....	Société : .....	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
Nom & Prénom : <u>MORCHID EL IDRASSI SAMIR</u>			
Date de naissance : .....			
Adresse : .....			
Tél. : .....	.....	Total des frais engagés : .....	Dhs

<p><b>Cadre réservé au Médecin</b></p> <p>Cachet du médecin :</p> 	<p>Date de consultation : ..... / ..... / .....</p> <p>Nom et prénom du malade : <u>Sara Marchal STEINISSI</u> ..... Age: .....</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : .....</p> <p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> A.D. <input type="checkbox"/> A.E. Pathologie : .....</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....</p> <p>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.</p>
---	---

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.

**Eait à :**

Signature de l'adhérent(e) : du

Le: 15/03/2024

#### **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

## **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
		A M	P C	I M	I V	

## 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 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

Dgo

DATE DU  
DEVIS

28/02/2024

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Centre Dentaire RACHDY

**Dr. RACHDY Zineb**

- Spécialiste en Orthodontie
- Traitement du sourire gingival sans chirurgie
- Soins dentaires/ implantologie / facettes



**الدكتورة رشدي زينب**

- أخصائية تقويم الفك و الأسنان للصغار و الكبار
- تصحيح الابتسامة اللثوية بدون جراحة
- علاج و زرع و تجميل الأسنان

ORTHODONTIE • IMPLANTOLOGIE • SOINS ET PROTHÈSE

## ORDONNANCE

Nom : Rachid Inassri

Le 28/12/24

Saïd

facture  
# 3600,00 Dhs.

**Dr. RACHDY Zineb**  
Médecin Dentiste  
Spécialiste en Orthodontie Dentofaciale  
272 - Bd Oued Tansift 2<sup>e</sup> Etage Casa  
Tél: 05 22 89 33 97

INPE: 094179504

TF: 20739626

ICE: 001887303000023

Patente: 36045986

CNSS: 5388104

📍 272, Bd Oued Tansift 2<sup>e</sup> étage, Oulfa (à côté de Studio Boudraa) - Casablanca

📞 05 22 89 33 97