

## 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 :

- Correspondance du mésocle 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
  - O Prise en charge : pec@mupras.com
  - O 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'Horloger  
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

Nº W19-441225

200037

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" 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 : EDDERKHALAIC JAHMED			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :		

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0; border-radius: 10px; text-align: center;"> <p><b>Dr. Bitite Ouissal</b></p> <p>Médecin Dentiste</p> <p>v. Abdelkrim Al Khârib, Lot 3124, Appt 11.</p> <p>Tunis - Tunisie / Tel: 09 37 62 72 73</p> </div>
<p>Date de consultation : .....</p>	
<p>Nom et prénom du malade : <u>Fadel Mohamed Moussane</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 : <u>Soin Dentaire</u></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 piconfidentiel 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.

Fait à : .....

**Signature de l'adhérent(e) :**

## **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"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'OND

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	H	M composite DNS	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			DNS
			MONTANTS DES SOINS
			# 300
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
			14102124

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

#### Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Medecin Dentiste  
v. Abdelkrim Al Khatib, Lot 3124, Appt 11  
1065 - 95-37-67-72-73

Dr Ouissal BITITE  
Médecin dentiste

Endodontie  
Dentisterie esthétique  
Implantologie - Prothèse

**Facture à l'intention de : EDDEQQAQI MAROUANE**

Date: 14/02/2024

Code	Acte	Dent	Montant
D15	COMPOSITE	11	300.00
<b>Total</b>			<b>300.00</b>

Dr. Binti Ouissai  
Médecin Dentiste  
y. Abdesslam Al Khelifi, Lot 3124, App. 11  
+212 524 17 66 / Tel: 05 37 67 72 77

Nº ICE : 001702569000004 N° Patente: 26969938 N°CNSS:4703733 N°IF: 15198792  
N°INP : 104168257

Complexe Médical Al Wifak, App 11, Avenue Abdelkrim El Khatib, lot 3124, Al Wifak, Temara  
0537 62 72 73  
[dr\\_bitite@gmail.com](mailto:dr_bitite@gmail.com)