

# 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

- Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0058538

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05534 Société : R.A.M. 193742  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NAANI Abdelmajid  
 Date de naissance : 08-09-1960  
 Adresse : Residence EL Wahda Imm F5 Appt 4A Berrechid  
 Tél. : 0662130426 Total des frais engagés : 7500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/02/2024  
 Nom et prénom du malade : Naani Fatima Zahra Age : 57 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Prothèse dentaire  
 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 : CMN Le : 07/05/24  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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

		Nombre				
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES      Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient

				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

forfe c0  
25-24-25-26-27

COEFFICIENT DES TRAVAUX	2900
MONTANTS DES SOINS	7500
DATE DU DEVIS	06/02/24
DATE DE L'EXECUTION	30/04/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Rafik Souissi**

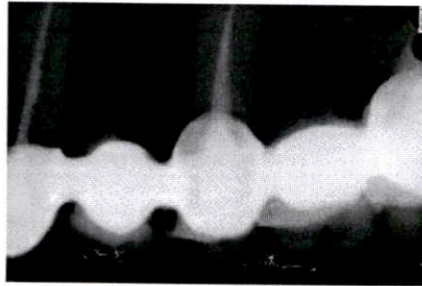
Chirurgien-dentiste

Implantologie-soins-orthodontie

Radio-prothèse

Berrechid, le 30/04/24

**Mme naani fatimazohra**



الدكتور رفيع السويصي  
Dr. SOUSSI RAFIK  
Chirurgien Dentiste  
Av. Mohamed 5, N° 47, 2ème Etage  
Berrechid, Tel: 06 12 12 19 88

Av. mohamed5, N47, Berrechid.Tel:0612121988/0633660036

ICE:001812699000029/INPE:064167737/IF:92983767

**Dr Rafik Souissi**

Chirurgien-dentiste

Implantologie-soins-orthodontie

Radio-prothèse

Berrechid, le 30/04/24

**Mme naani fatimazohra**

facture

Bras cct: 23-24-25-26-27

Total: # 7500,000  
(sept mille cinq cents dt)

  
Dr. SOUSSI RAFIK  
Chirurgien-dentiste  
Av. Mohamed V n° 47, 2ème Etage  
Berrechid Tél. 03 12 12 19 66

Av. mohamed5, N47, Berrechid.Tel:0612121988/0633660036

ICE:001812699000029/INPE:064167737/IF:92983767

**Dr Rafik Souissi**

Chirurgien-dentiste

Implantologie-soins-orthodontie

Radio-prothèse

Berrechid, le 06/02/24

**Mme naani fatimazohra**



الدكتور رفيع السويصي  
Dr. SOUSSI RAFIK  
Chirurgien Dentiste  
Av. Mohamed 5, N° 47, 2ème Etage  
Berrechid Tél: 06 12 12 19 88

Av. mohamed5, N47, Berrechid.Tel:0612121988/0633660036

ICE:001812699000029/INPE:064167737/IF:92983767