

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0024321

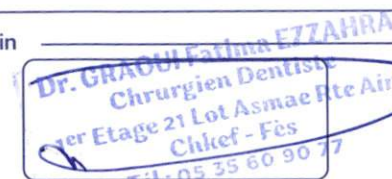
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1727 Société : 138870
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Benbrahim Assiya
Date de naissance : 02-02-1951
Adresse : Bousskouna golf City I mm. 45 Apt 2 Prestigia
Tél : 0522590324 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/10/2022
Nom et prénom du malade : ASSIYA Benbrahim Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Soins Dentaires
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 : Casablanca Le : 25/11/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

Autorisation CNDP N° : AA-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

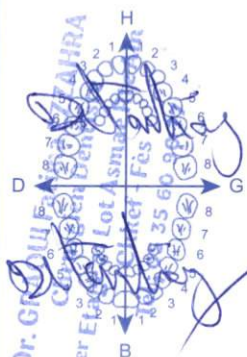
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

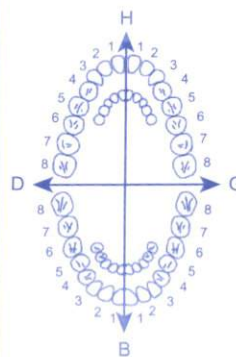
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	Débitage 131	D12		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D12"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="500,00 Dh"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="20/10/22"/> FIN D'EXECUTION <input type="text" value="22/10/22"/>
	Débitage 25c	D12		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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



Fès le : 22/10/2022

Nom du Patient : ASSINGA Ben Brahim

Facture N° : 40/22

NOTE D'HONORAIRES

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرىة
تاريخ العمليات Dates des actes	أسنان المعالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et cachet du Médecin Dentiste
20/10/22	Dilatage 1sr		D ₁₂		250,00 MM	
22/10/22	Dilatage 2sr		D ₁₂		250,00 MM	

Montant Global : 500,00 MM (cinq cent Dinham)

Mode de paiement :

☒ Espèces

☐ Chèque

Signature et Cachet

Dr. GRAOUI Fatima EZZAHRA
Chirurgien Dentiste
1er Etage 21 Lot Asmae Rte Ain
Chkef - Fès
Tél: 05 35 60 90 77



CPC

- ☐ Perio.Aid Intensive Care BB 150 ml
- ☐ Perio.Aid Intensive Care gel 75 ml
- ☐ **VITIS surgical brosse à dents**



CPC

- ☐ Perio.Aid Active Control BB 150 ml

VITIS

gingival

Soin complet des gencives



CPC

- ☒ **VITIS gingival BB 150 ml**
- ☐ VITIS gingival BB 500 ml
- ☐ VITIS gingival dentifrice 100 ml
- ☐ **VITIS gingival brosse à dents**

orthodontic

Soin et protection pour les porteurs d'appareil orthodontique



CPC

- ☐ VITIS ortho BB 500 ml
- ☐ VITIS ortho dentifrice 100 ml
- ☐ **VITIS ortho brosse à dents**
- ☐ **VITIS ortho access brosse à dents**
- ☐ VITIS ortho cire protectrice

whitening

Blanchi efficacement et prévient la sensibilité dentaire



- ☐ **VITIS medium brosse à dents**
- ☐ **VITIS soft brosse à dents**
- ☐ VITIS whitening dentifrice 100 ml
- ☐ VITIS whitening BB 500 ml

sensitive

Soulage les dents sensibles. Répare et protège l'émail.



- ☐ VITIS sensitive BB 500 ml
- ☒ **VITIS sensitive dentifrice 100 ml**
- ☐ **VITIS sensitive brosse à dents**

kids 2-5 ans

JUNIOR 6-12 ans



- ☐ VITIS **kids** dentifrice 50 ml
- ☐ **VITIS brosse à dents kids**
- ☐ VITIS **JUNIOR** dentifrice 75 ml
- ☐ **VITIS brosse à dents JUNIOR**
- ☐ VITIS **JUNIOR** Trousse **Nouveau**

anticaries

Répare et renforce l'émail dentaire



- ☐ VITIS anticaries BB 500 ml
- ☐ VITIS anticaries dentifrice 100 ml

HALITA

réglez vos courants d'air malodorants



CPC

- ☐ HALITA bain de bouche
- ☐ HALITA dentifrice
- ☐ HALITA Spray 15 ml
- ☐ HALITA Gratte-langue

interprox. plus



Nettoie tous les espaces interdentaires pour une hygiène buccale optimale



0,6



0,7



0,9



1,0



1,1



1,3



Mix

Patient



Cachet du médecin



DENTAID

Oral Health Experts



IBERMA