

# 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

20/3/2024

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **10651**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**BENHAR Fatima Zahra**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0669101960**

Total des frais engagés : **200 + 263,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Abdellatif EL OMARI**  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
1, Rue Kaid El Achaar Maârif  
Casablanca - Tél. 0522 25 82 43

Date de consultation :

**CASA 18/02/2024**

Nom et prénom du malade :

**BENHAR Fatima Zahra** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : **01/10/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

**Signature**

### 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
10/02/24	Consultation	DS	200,00	INP : INP 094011822 Dr. Abdellatif EL OMARI Chirurgien Dentiste Orthodontiste 1, Rue Kaid El Aichtar Maarif Casablanca - Tel: 0522 25 82 43

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/24	263,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

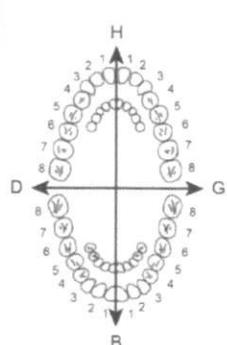
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			

### AUXILIAIRES MEDICAUX

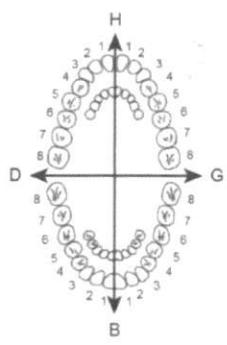
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdellatif Elomari

Chirurgien Dentiste

ORTHODONTIE - IMPLANTOLOGIE

D.I.U orthopédie-dento faciale  
de l'université de Bourgogne  
Dijon-France

Casablanca, le .....

الدكتور عبد اللطيف العمري

طبيب جراحي للأسنان

تقديم إعوجاج الأسنان  
زرع الأسنان  
خريج جامعة بوركين  
ديجون - فرنسا

الدار البيضاء،



Madame BENHAR FATIMA ZAHRA

138,30

-AUGMENTIN 500Mg /62,5mg

3 Cp / jour 1 matin 1 midi 1 soir 7 Jours

S.V

PPV : 138,30 DH  
LOT : 652167  
PER : 07/25

55,40

-SURGAM 200 mg

3Cp /Jour 1 matin 1 midi 1 soir (au milieu des repas) 5 Jours

S.V

52,80  
-OEDES 20mg  
1 gél / jour

S.V

17,30  
-PARASPHAN

3 Cp/Jour (en cas de douleur) sans dépasser 4 /Jou

S.V



LOT 211482  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

263,80

Docteur ELOMARI Abdellatif

Dr. Abdellatif EL OMARI  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
1, Rue Kaïd El Aïcha  
Casablanca - Tel: 05 22 25 82 43

