

# 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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 : N° P19-0019699

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUYA M. A. Abdelaziz Date de naissance : 30/09/1949

Adresse : Résidence H. Mohammed VI Rue 6 m. 64.001 FA

Tél. : 0650399134 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Khadija MOSAH  
Chirurgien Dentiste  
78, Lot. Habiba 2ème Etage  
Angle Laymoune et Haj Fateh  
Casablanca - Tél : 0522 59 55 55

Date de consultation : 17/05/19

Nom et prénom du malade : LATIFI Khadija Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Carie dentaire

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 : Le : / /

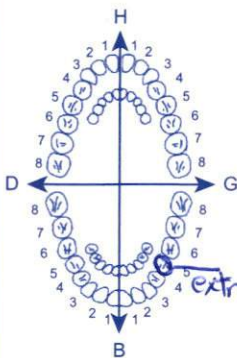
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

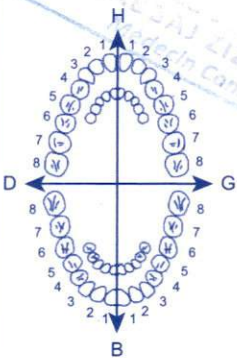
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	35	Detartrage D12x2 extraction D10		COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D24 +D10</span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">#800,000dh</span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">17/05/19</span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21/05/19</span>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
			DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija MUSA  
 Chirurgien Dentiste  
 76, Lot Habiba 2ème Etage  
 Angle Laymoune et Haj Fateh  
 Casablanca - Tél : 0522 59 55



## Ordonnance

Casablanca, le 21/05/19

Facture

Patiente : Mme LATIFI Khadija

Détartrage : D12 x 2

Extraction de la 35 : D10

Total des Honoraires : #800,00 dh

huit cents dirhams

Docteur Khadija MOSAID  
Chirurgien Dentiste  
76, Lot. Habiba 2ème Etage  
Angle Laymoune et Haj Fateh  
Casablanca - Tél : 0522 59 55 55

## Ordonnance

Casablanca, le 21/05/19

Mme LATIFI Khadija

Néomox : 1g 5

1cp 2x /j p6+7j

Docteur Khadija MOSAID  
Chirurgien Dentiste  
76, Lot. Habiba 2ème Etage  
Angle Laymoune et Haj Fateh  
Casablanca - Tél : 0522 59 55 55