

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **cique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Dentaire

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0009054**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12008

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Kobby Hajar

Date de naissance :

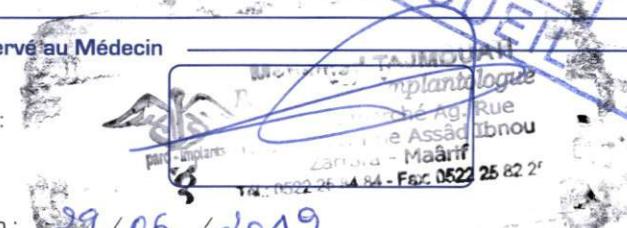
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

29/06/2019

Nom et prénom du malade :

SEHIL Aman

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Extraction

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) :



# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	<b>A 4</b> <b>Extraction</b>	<i>300 dh</i> <i>D 1</i>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <i>D<sub>10</sub></i>
		<i>300 dh</i> <i>D 1</i> <i>10</i> <i>Marché Ag. Rue</i> <i>Zarara</i> <i>Maârif</i> <i>Tel.: 0522 25 64 04 - Fax 0522 25 82 21</i>	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <i>300 dh</i>
			<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
			<b>FIN D'EXECUTION</b> <i>29/06/19</i>

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <i>Mohamed TAJMOUAT</i> <i>Parc Implantologie</i> <i>Place du Marché Ag. Rue</i> <i>Zarara - Maroc</i> <i>Tel: 0522 25 64 04 - Fax 0522 25 82 21</i>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS





Centre Dentaire **TAJMOUATI**  
Createur de sourires

**Prothèse - Orthodontie - Endodoncie**  
**Blanchiment - Implantologie - Pédodontie**

N° Patente : 35713982  
INP : 094012978  
ID F : 40717472  
ICE : 0016790710000



**FACTURE Pour  
Mme KABLY HAJAR**

Je soussigné Cabinet Tajmouati, Certifie avoir reçu de Mme Kably la somme  
De 300,00 dhs correspondant à une extraction de la 14 pour sa fille sehli amira.

Casablanca le : 29-06-2019

