

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



Dentaire

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009054

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12008 Société : MUPRAS  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : Kably Hajar Date de naissance : 08 JUL 2019  
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 : SEHLI Amis Age: 30  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Extractions  
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) :

## 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.

## 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

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

## 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
	14	Extraction	<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>D<sub>10</sub></div>
		300 dh	<div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>300 dh</div>
		<div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>29/06/19</div>	
	<div>FIN D'EXECUTION</div> <div>29/06/19</div>		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CEEFFICIENT  
MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Mohamed FAJMOUAH

Parodontiste Implantologue

10000 Ag. Rue

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**L'EXECUTION**  
**Mohamed TAJMOUH**  
**Parodontiste Implantologue**  
 Place du marché Ag. Rue  
 Nourouddine 8, rue Assad Ibnou  
 Zarrara  
 CHIRURGIEN DENTISTE L'EX  
 TEL: 0522 25 84 84 - Fax 0522 25 82 72

parco immobiliare Zaffara - Macanì  
Tel: 0522 25 84 84 - Fax 0522 25 82 21

Tel: 0522 25 94 94 - Fax 0522 25 94 94





Centre Dentaire **TAJMOUATI**  
Createur de sourires

**Prothèse - Orthodontie - Endodontie**  
**Blanchiment - Implantologie - Pédiodontie**

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



*Handwritten signatures in red ink.*

**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

