

# 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014587

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### A

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**  
Matricule : 388 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : Mifdal Abdellah Date de naissance : 01.01.1935  
Adresse : 2 Avenue 3ème Marsa Bourguiba Hay Srela Casablanca  
Tél. : 0522360703 Total des frais engagés : Two Dhs  
0662145965

**Cadre réservé au Médecin**  
Cachet du médecin :  
  
Dr. Nora AYD  
22, Bd Oulfa Bahi, 6ème Etage  
El Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 93 07 81

Date de consultation : 29/07/2019  
Nom et prénom du malade : MIFDAL ABDELKADER Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint 2019  Enfant  
Nature de la maladie : Soins Dentaires  
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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : / /

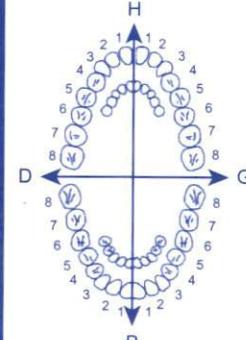
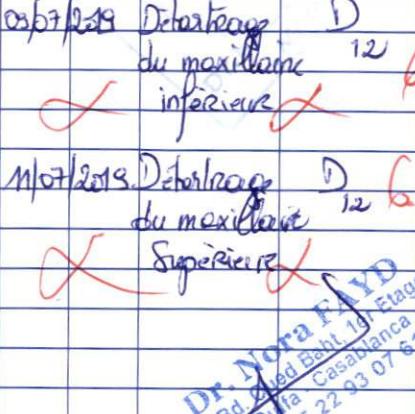
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Chet et signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins												
			Coefficient												
			<del>D 12</del> <del>D 12</del> <del>D 24</del>												
			<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b>												
			<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
			400.00												
			<b>DEBUT D'EXECUTION</b>												
			08/07/2019												
			<b>FIN D'EXECUTION</b>												
			11/07/2019												
			<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b>												
			<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
			<b>DATE DU DEVIS</b>												
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b>												
<b>DETERRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>															
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>															

**Nora FAYD**

**Cabinet dentaire**

Docteur en médecine dentaire

Diplômée des facultés de Paris et de Dijon  
orthodontie, parodontie, soins dentaires,  
prothèse et blanchiment

**نورة فايد**

طبيبة جراحة الأسنان

خريجة كلية باريس و ديجون  
علاج و تقويم و ترميم الأسنان، علاج أمراض  
اللثة و تبييض الأسنان

11/07/2018

FACTURE DE SOINS

DE M. MIFDAL ABDELKADER

Détartrage  
Détartrage

du maxillaire  
du maxillaire

inférieur  
Superieur

Total Honoraires = 400 Dhs

Dr. **Nora FAYD**  
22, Bd Oued Baht 1<sup>er</sup> étage  
El Oulfa - Casablanca  
Tel. 05 22 93 07 61

24 SEP. 2019

*Dr. Dr.*

N°22, Boulevard Oued Baht 1<sup>er</sup> étage Oulfa  
Casablanca.

Tél.:

E-mail :

022.93.07.61 / 012.14.47.44

nora.fayd@yahoo.fr

الرقم 22، شارع وادي بهت الطابق الأول  
الألفة الدار البيضاء.

الهاتف :

البريد الإلكتروني :