

## 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.

## Déclaration de Maladie



N° W19-447052

P/ Accord

CASA  
DAWA  
Autres

### Maladie

Dentaire

### Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8140

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ALAMA

MOUVNIR

Date de naissance : 15-06-70

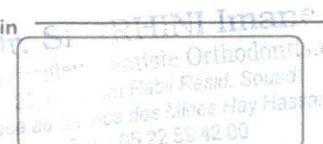
Adresse : Résidence Le Club, Rue Mly Thami N°35 Casab.

Tél. : 06.67.21.57.44

Total des frais engagés : 2500 Dhs (2200) Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/19

Nom et prénom du malade : charif Fata Zahr

Age : 39

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Devis pour prothèse dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

04 OCT 2019

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 : CASA

Le : 03/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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.

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

D 20 + D 180

2500,00

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. SERRHINI Imane  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
28 Bd. Oum Rabii Résid. Souad  
Face au Service des Mines Hay Hassani  
Tél. : 05 22 59 42 00

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
Dr. SERRHINI Imane  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
28 Bd. Oum Rabii Résid. Souad  
Face au Service des Mines Hay Hassani  
Tél. : 05 22 59 42 00

# Dr Imane SERRHINI

Chirurgien Dentiste Spécialiste

Orthodontie | Prothèse | Blanchiment  
Chirurgie | Soins | Implantologie



دكتورة إيمان سرغيني

طبيبة جراحة للأسنان متخصصة

تقسيم | تعويض | تبييض

جراحة | زرع الأسنان

INPE: 094170594

ICE

Casablanca le: 03/10/19

IF: 50419005001959215000048

charaf fata - zahra

DR

Datos

facture envoi à alex

elle sera vers dirham



---

📍 28 Bd Oum Rabii, Résidence Souad, 2<sup>ème</sup> étage N°7, face au service des mines



05 22 89 42 00



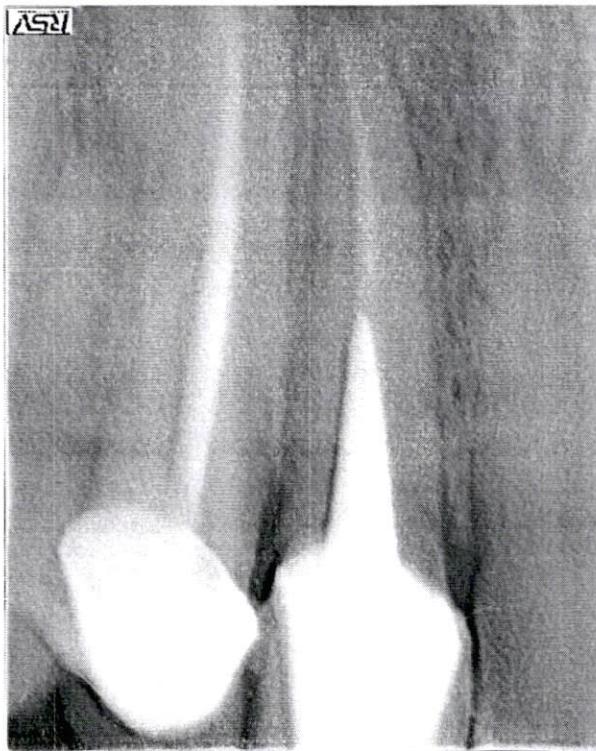
imane.serrhini@gmail.com

DR Imane SERRHINI

Patient : M. fatimazahra CHARAF

05.22.89.42.00

Né(e) le :



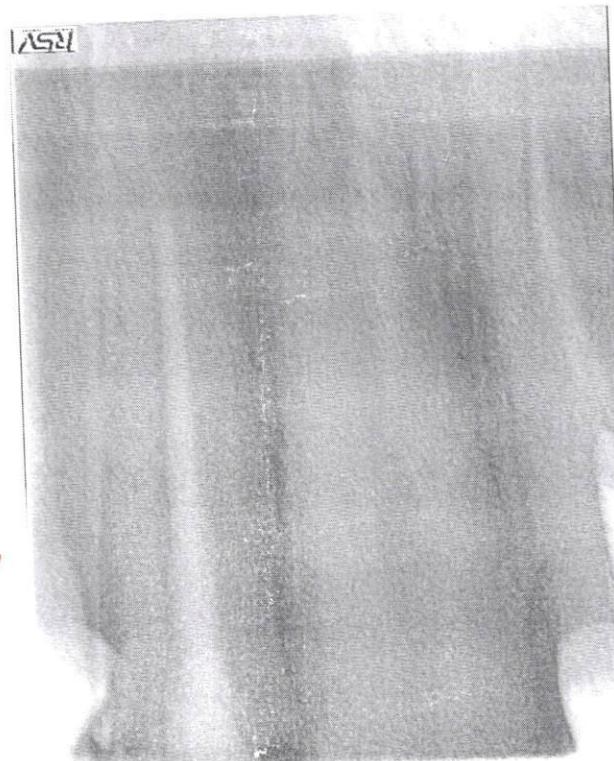
1 Oct. 2019  
Dr. Serrhini  
Dr. Imane Serrhini Orthodontiste  
Centre Imane Serrhini Bézid, Squad  
Place au Service des Mines Hay Hassan  
Tel. 05 22 89 42 00

DR Imane SERRHINI

Patient : M. fatimazahra CHARAF

05.22.89.42.00

Né(e) le :



12 ✓

Dr. SERRHINI Imane  
Dentiste Orthodontiste  
Rue de la Kasbah, Rabat Résid. Souad  
Rabat 10000, Maroc  
0522 89 42 00