

# 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.

## Ordonnance :

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.

## Maladie chronique :

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



## Déclaration de Maladie

Dentaire N° P19- 0045496  
Dossier n° 5528

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7142 Société : BAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BADIO AMAL

Date de naissance : 10/11/1966

Adresse : 30, Rue Hamza Ahmed, cat. 7

Tél. : 0662394390 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/10/2019

Nom et prénom du malade : CHARBOUCHE Samia Age : 23 ans

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

Nature de la maladie : Soins Dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS

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 : Accueil Siege/Rai Le : 16/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

## 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														
			16.10.2019		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">D<sub>20</sub></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">1000</span>  DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>  FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">16.10.19</span>													
		17	7 - composite															
		47	cl I															
			D	10x2 = 20														
			Fin x 2 = 1000															
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>  		<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>  DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>  DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>
				H														
				25533412	21433552													
				00000000	00000000													
				D	G													
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<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> 																





Centre Dentaire **TAJMOUATI**  
Createur de sourires

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

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

**FACTURE Pour**  
**Mme KHARBOUCHE SAMIA**

Je soussigné Cabinet Tajmouati, Certifie avoir reçu de Mme Kharbouche la somme  
De 1000,00 dhs correspondant aux :

- Composite Cl I sur la 17.....500,00 dhs
- Composite Cl i sur la 47.....500,00 dhs

Casablanca le : 16-10-2019



Place du Marché, 7 rue Kadi Iass (Imm, Mc Donald's)  
Maârif - 20 100 Casablanca.  
Tél : 05 22 25 84 84 - Fax : 05 22 25 82 25  
E-mail : taj.contact@gmail.com

**www.taj-dental.com**