

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## optique :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

6179

BB

## Déclaration de Maladie : N° P19-0001537

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9684 Société : Rsm CA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAJJAJI ABDELAZIZ Date de naissance :

Adresse : 3, lot FARAJ, Sidi MAAROUF

CASABLANCA

Tél. : 066 172 52 55 Total des frais engagés : 500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/2019

Nom et prénom du malade : BAJJAJI ABDELAZIZ Age : 16/12/1968

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : GINGIVITE

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

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

25 OCT 2019

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 : Casablanca le 25 Oct 2019

Le : 25/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : R

## 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
21/10/19	Defibrage mauvais	D12	350,00	Dr. Mouna CHIRURGIEN DENTISTE 250 Bd. Abdelmoumen, Boudjellal Tunisie, Abdessalem, 23120 Tél/Fax : 00212 702 23 57
25/10/19	Defibrage mauvais	D12	350,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

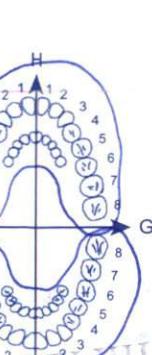
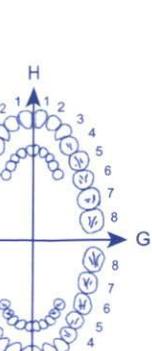
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		D708 DET. mandibule D703 DET. maxillaire	D12 D12 D24	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				21/10/11
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		FIN D'EXECUTION
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		25/10/11
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

CABINET DENTAIRE

Abrajes Abdelmoumen

Dr Mouna EL HILALI

Lauréate de l'Université Hassan II  
et du Centre Hospitalier Ibn Rochd - Casablanca



عيادة طب الأسنان  
أبراج عبد المؤمن  
الدكتورة منى الهلالي

خريجة جامعة الحسن الثاني  
والمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

## NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, le 25/10/19

Nom du patient : BAJJAJI

Prénom du patient : ABDELAZIZ

Acte : D708 x 2

Cotation : D12 x 2 = D24

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : #500,00 DH #

(Cinq cents dirhams )

Pour les soins et actes dentaires réalisés.

Dr. Mouna EL HILALI  
CHIRURGEN DENTISTE  
250 Bd. Abdelmoumen Résidence  
Abrajes Abdelmoumen - CASABLANCA  
Tél / Fax : (+212) 022 23 57 18