

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

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

N° RT9-0047672

Dos n° 6501

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12168

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : QUOCVINA ALEXIS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés :

602 MAD

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/2019

Nom et prénom du malade : QUOCVINA ALEXIS Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/10/2019

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° RT9-047672

28 OCT 2019

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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

VOLET ADHERENT \_\_\_\_\_  
SSTP

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 l'ODF.					
	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					DENTITION
	COEFFICIENT DES TRAVAUX				024
	MONTANTS DES SOINS				500,00
	DEBUT D'EXECUTION				10.10.19
	FIN D'EXECUTION				
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	Coefficient des travaux
		D	G		
		00000000 35533411	00000000 11433553		
MONTANTS DES SOINS					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION				22/10/2019	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				Dr. Nacir Al ACOUBI Chirurgien Dentiste 2, Rue Al Nour, Rés. du CAF, 20ème Etg Tél. 03 22 20 4011 GSM: 090 589 589	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

Cabinet Dentaire Spécialisé  
Dr. EL YACOUBI Nadia

- Chirurgie
- Parodontie
- Implantologie
- Prothèse
- Pédiatrie
- Dentisterie esthétique



عيادة طب الأسنان متعددة الإختصاصات  
د. اليعقوبي نادية

- جراحة الأسنان
- علاج أمراض اللثة
- زراعة الأسنان
- تقويض الأسنان
- طب أسنان الأطفال
- طب الأسنان التجميلي

PER-04  
101 91 MAB87  
2022

BIRODGYL  
CP PEL B15

P.P.V : 102DH00

6 1180000-0660567



sanofi-aventis Maroc  
te de Rabat - R.P.1 - Arr.  
20250 Casablanca

inance

Le. 18. 10. 19

102,00

%. Birodgyl



lcp 2x1 jf pd + jf

15 bis, Rue Tenane, Ferme Bretonne  
Boulevard Casablanca  
Tél/Fax: 0522 25 52 63  
PHARMACIE ODYSSEE  
ASMAA AMOR

Dr. Nadia EL YACOUBI  
Chirurgien Dentiste  
2, Rue Hodhoud, Bd. Omar  
Al Khayam, N° 4, Q. Ferme Bretonne  
Tél: 05 22 28 59 - GSM: 0600 589 589

# Cabinet Dentaire

## Spécialisé

**DR. NADIA EL YACOUBI**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**

**Parodontie**  
**Implantologie**  
**Pédonctie**  
**Dentisterie Esthétique**  
**Blanchiment**



## عيادة طب الأسنان

## متعددة الاختصاصات

د. نادية العقوبي

طبيبة جراحة للأسنان

علاج أمراض اللثة  
زراعة الأسنان  
طب أسنان الأطفال  
طب الأسنان التجميلي  
بيبيض الأسنان

## Note d'honoraires

No .....

**Nom :** Younmich Sallie

**La présente Note d'honoraires est arrêtée à la somme de**

using ~~with~~ ~~for~~

0522 28 60 17 - 0600 58 95 89 - 2 rue hodhoud Bd omar Al khayam,Res du CAF

2eme Etg. N4 . Q. Ferme Bretonne

CNSS : 4913548 - Taxe Professionnelle : 34800472 - IF : 18737127

ICE: 001561130000064 - INPE : 094.17.17.25