

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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)

№ W19-436897

GED erronné

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

5351  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 02196 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Choukri Zoubida

Date de naissance : 20-01-1956

Adresse : N° 50 lot AL Mazzah Mohammadia

Tél. : 06 60 66 46 13 Total des frais engagés : 500.00 Dhs

DR. MOURAD ZOUBIDA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Central Park Bd Abdelloumen  
Imm M 1er Etage N° 7 MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 31 15 68

Date de consultation : 08/10/19 Nom et prénom du malade : Choukri Zoubida Age: 63 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Extraction du 18

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 : Casablanca - Maroc Le : 08/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Zoubida

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
	08/10/19	186, -

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1094183662
	(13)	Extraction D <sub>20</sub>		
		RVG Z <sub>6</sub>		COEFFICIENT DES TRAVAUX D <sub>20</sub>
				MONTANTS DES SOINS Soold <sub>8</sub>
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION 08/10/15

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

⑤ (2) 8

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEJA

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CliniqueDentaire  
**DUPARC**

[www.parkdentalclinic.ma](http://www.parkdentalclinic.ma)

© Central Park, Bd Abdelmoumen  
Imm M, 1er étage N° 7, Mohammedia

📱 05 23 31 15 68

✉️ info@parkdentalclinic.com

Mohammedia le 08/10/2019

**Patient (e) : CHOUKIR Zoubida**

## Note d'honoraires 582/19

Je soussigné **Dr SEBBAR Mourad** certifie avoir reçu la somme de **500 dhs (cinq cents dirhams)** et ce pour les actes suivants

- Extractions sur la 18 .
- Celle-ci est délivrée à l'intéressé (e), pour servir et faire valoir ce que de droit.

**Cachet et signature**

**Dr. Mourad SEBBAR**  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Central Park Bd Abdelmoumen  
Imm M 1er Etage N° 7 MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 31 15 68

ICE : 002068020000055

IF : 18756577

INPE : 094183662

**HYALUGEL**  
Acide Hyaluronique

LOT

CP

Clinique Dentaire

BIRODOGYL

CP PEL B15

P.P.V : 102DH00

15 comprimés pelliculés

- Birodogyg 1g. (S) 102,00

1 comprimé par Jour pdt 75jours.

HYALUGEL: (S) 84,70 186,70  
3 à 4 par Jour pdt 10 jdeus.

LA PHARMACIE DE L'AVENUE  
Angle Boulevard Sidi  
et Rue Rif - Mohammedia  
Tél : 05 23 32 05 02

**Dr. Mourad SEBBAR**  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Central Park Bd Abdelmoumen  
Imm M 1er Etage N° 7 MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 31 15 68

[www.parkdentalclinic.ma](http://www.parkdentalclinic.ma)

info@parkdentalclinic.com

© Central Park, Bd Abdelmoumen, Imm M, 1er étage N° 7, Mohammedia

05 23 31 15 68

F

Dr. MOUSSAÏD SEBBAK  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Central Park Bp Abdelloumen  
Imm. M 1er Etage No 7 MOHAMMEDIA  
Tél : 05 22 31 15 68

