

# 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.

**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

gsf 1

**Déclaration de Maladie : N° P19-0003155**

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9940

Société : CHILG

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELLAGAAR Chaf Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 13 70 08 26 Total des frais engagés : 5400

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL OMARI Abdellatif  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en Orthodontie  
8, Rue Gabes App 5 2ème Etage  
Rabat Tél. 037 70 45 97

Date de consultation : 23/11/2019

Nom et prénom du malade : eddekkia mouna

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Sur de

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

25 NOV. 2019

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 25/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Achat et signature du ratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

DRAZOUR EL OMARI Abdellahfadi  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste APP 3  
Rue Gabes El Djem El Ghorab - Tél. 037.102.000

**Dr. EL OMARI Abdelhafid**

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthodontie

Diplômé de l'Université libre  
de Bruxelles ( U.L.B.) et du Centre  
International des Science et Cliniques  
Orthodontique à Brest en France



**الدكتور العمري عبد الحفيظ**

طبيب جراحي للأسنان

أخصائي في تقويم الأسنان

خريج كلية الطب ببروكسل

والمركز الدولي في علوم تقويم الأسنان  
برسـط - فرنسـا

Rabat le :

23.11.19

الرباط في :

**FACTURE**

eddekkak marrakech

Recu par d Shoucair  
Cinq mille quinze dir  
par son dent

00 166 584  
341 55 438

Docteur EL OMARI Abdelhafid  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en Orthodontie  
6, Rue Gabes App 5 2<sup>ème</sup> Etage  
Rabat - Tél : 0537.70.45.97

6 زنقة قابس رقم 5 الطابق الثاني الرباط - الهاتف : 0537 70 45 97

6, Rue Gabess - Appt. 5 (2<sup>ème</sup> Etage) - Rabat - Tél : 0537 70 45 97

Patente : 25109690 - I.G.R : 34155438 - C.N.S.S : 2206515