

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-476522

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9733 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Bourguia Amina

Date de naissance : 6-1-82

Adresse : Lycée Tank Bnou Ziad alfa

Tél. : Total des frais engagés : 600 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/10/2019

Nom et prénom du malade : Bourguia Amina Age : 1962

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

Nature de la maladie : Affection Dentaire

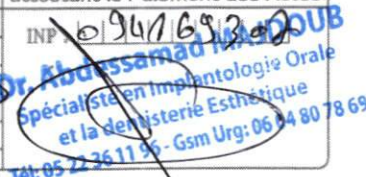
En cas d'accident préciser les causes et circonstances


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 : Le : / /

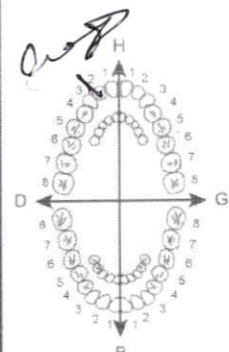
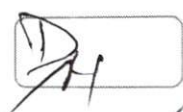
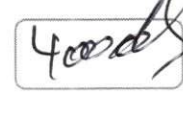
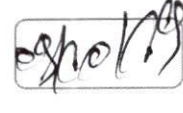
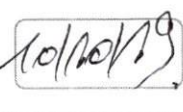
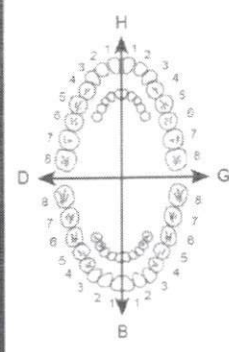
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
10/10/19	C+TT	D <sub>4</sub>	Gratuit	
10/10/19	C+TT	D <sub>10</sub>	40000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/10/19	599.60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 090769302												
	C+TT	D <sub>4</sub>		COEFFICIENT DES TRAVAUX 												
	1 2 C+TT D <sub>10</sub>															
				MONTANTS DES SOINS 												
				DEBUT D'EXECUTION 												
				FIN D'EXECUTION 												
<b>Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>30000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	30000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	D	30000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION



Orthodontie Enfant et Adulte  
Invisalign  
Dentisterie Esthétique  
Pédodontie  
Soins Dentaires



OXFORD DENTAL CENTER

Implantologie Orale  
Parodontologie  
Chirurgie Dentaire  
Prothèse Dentaire  
Radiologie Dentaire

# ORDONNANCE

Casablanca, le: 10/10/19 .....: الدار البيضاء، في:

269+150

1/ Ciprofloxacin 500

LOT:191090 EXP:12/21  
PPV: 269DH00

inulés

55.00 - 2/1

2/1 Doxycycline

58.40 - 3/1

3/1 Solupred 20

3/1 en Sule Pres

4/1 Dfal 50

23.00 - 5/1

5/1 Curosept gel  
6/1 Senakine (BB)

PPV: 160DH00  
EXP: 06/21  
LOT: 186020



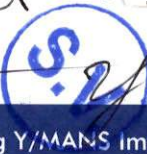
PPV: 55,00 DH  
LOT: 619186  
PER: 12/20



DIFAL®  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44,20 DH  
6 4118000 190349



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Q1 Zenata Ain seba Casablanca  
PANSORAL GEL BUCCAL  
T15 G  
P.P.V. : 23,00 DH  
6 118000 012078



Pharmacie Massira Hassan  
Dr. Laila HAOUZ  
22 00 00

58,40

Pharmacie MAJDOUB  
Km 10, Route Côtière 111,  
Q1 Zenata Ain seba Casablanca  
PANSORAL GEL BUCCAL  
T15 G  
P.P.V. : 23,00 DH  
6 118000 012078

Total 199.60

Pharmacie Massira Hassania  
Dr. Laila HAOUZIR  
Lot Massira Hassania Rue 6 - Oulfa  
Téléphone : 22 89 57 77

Orthodontie Enfant et Adulte  
Invisalign  
Dentisterie Esthétique  
Pédodontie  
Soins Dentaires



Implantologie Orale  
Parodontologie  
Chirurgie Dentaire  
Prothèse Dentaire  
Radiologie Dentaire

OXFORD DENTAL CENTER

ORDONNANCE

Casablanca, le: ..... الدار البيضاء، في: .....

Soins Dentaires

sept 12.

Quatre C.Abb  
(4000b)

Dr. Abdessamad MAJDOUB  
Spécialiste en Implantologie Orale  
et la dentisterie Esthétique  
Tél: 05 22 36 11 96 - Gsm Urg: 06 04 80 78 69