

## 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Square de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 87 00 - www.mupras.ma - E-mail : mupras@mupras.ma



## Déclaration de Maladie

N° W19-444179 ND:13750

~~DIR~~  
~~Acc~~

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	01728	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GHOULEM AMI MOHAMMED			
Date de naissance : 01/01/1950			
Adresse : RES NASSIM G, H03 P 07 APT 14 MOHAMED MA			
Tél. : 06 780 92 492 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. EL OTMANI Salah Edine			
Médecin Dentiste 159, Bd. Yacoub El Mansour Entrée 1 Etage 2 N°5 Casablanca Tél : 05 22 25 46 02 - Fax : 05 22 23 57 14			
Date de consultation : 10/08/2019			
Nom et prénom du malade : GHOULEM AMI MOHAMMED			
Age : 68			
Lien de parenté : Lui-même			
<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Prostheses et Prothèses dentaires			
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

Le : 30 SEP. 2019

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	4 8 1 2 4 1 3 2	Ext Ext Ext Ext	D10 D10 D05 D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX <b>D35</b>
				MONTANTS DES SOINS <b>1000,00</b>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <b>02/05/2018</b>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <b>755</b>
	H 25533412 00000000 □ 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <b>14500,00</b>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <b>27/09/18</b>
	03 C C M 13-14-15 (A refaire)			DATE DE L'EXECUTION <b>17/12/18</b>
	Stephite basto hachement 32 31 12 41 16 47 D215			
Dr. EL OTMANI Salah Eddine Médecin Dentiste	VISA ET CACHET AVANT ENVOI POUR VALIDER LE DEVIS 159, Bd. Yacoub El Mansour Entrée 1 Etage 2 N°5 Casablanca Tél : 05 22 25 46 02 - Fax : 05 22 23 57 14			Dr. EL OTMANI Salah Eddine Médecin Dentiste VISA ET CACHET AVANT ENVOI POUR VALIDER L'EXECUTION 159, Bd. Yacoub El Mansour Entrée 1 Etage 2 N°5 Casablanca Tél : 05 22 25 46 02 - Fax : 05 22 23 57 14

**Dr. Salah Eddine EL OTMANI**

MEDECIN DENTISTE

Expert Assermenté auprès les Tribunaux

**الدكتور صلاح الدين العثماني**

طبيب الأسنان

خبير مُحلف لدى المحاكم

Le 17/12/2018

N° GHOULANE - 7<sup>e</sup>

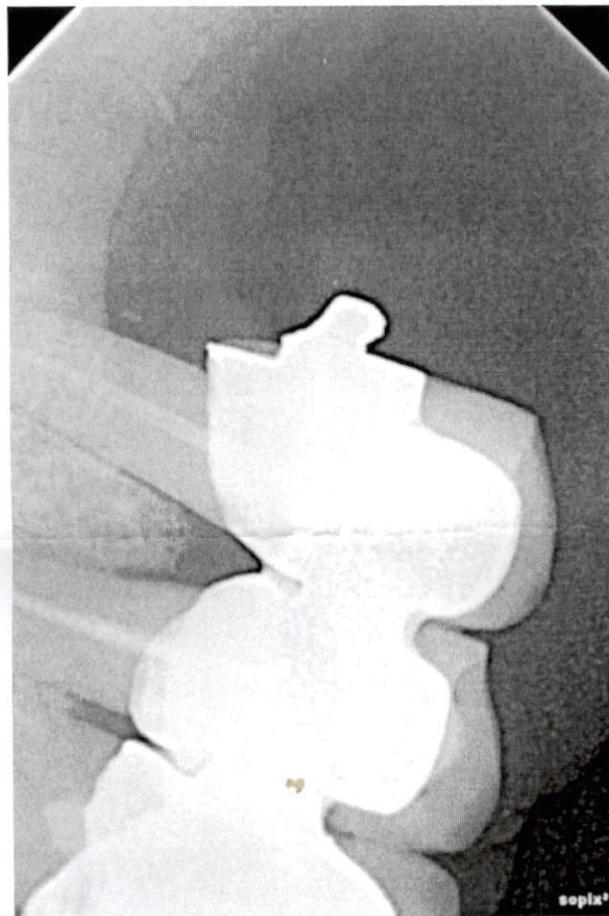
- Soin et prothèses dentaires .

Ambouts de hanche perçue ,

- 15 500, à sois ,

(quinze mille cinq cents  
mille )

Dr. EL OTMANI Salah Eddine  
Médecin Dentiste  
159, Bd. Yacoub El Mansour Entrée 1  
Etage 2 N°5 Casablanca  
Tél : 05 22 25 46 02- Fax : 05 22 23 57 14



Date du cliché : 17/12/2019

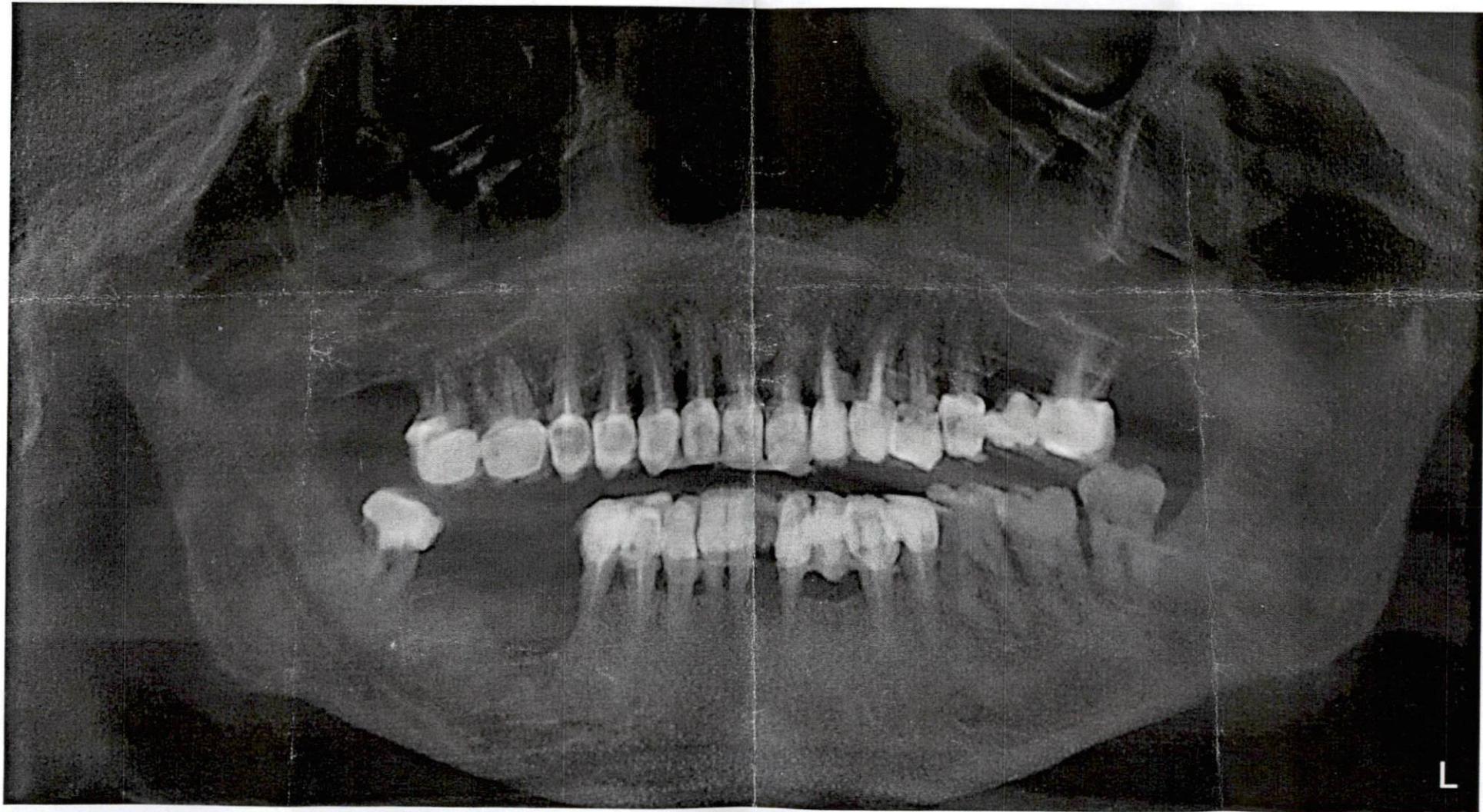
Localisation :

Commentaire :

ghoulami, mouhamed \*01/01/50

01XP 23/09/19: Pan 18:14:19, Vue 2

Dr mozahir  
CABINET DENTAIRE



Print: 27/09/2019 18:32:32  
100%, GALILEOS 1.9 ....  
537.00 mGycm<sup>2</sup>

SIDEXIS XG 2.53

