

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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

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

DREN N° P19-0030577 OA

### Maladie

### Dentaire

### Optique

N° D.  
14555.

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12653

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MANSOUR Amas

Date de naissance :

26/02/1988

Adresse :

Truite California Imm Yacout 2 App 3  
Ain Chok Casablanca

Tél. :

0655358164

Total des frais engagés :

209.00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/11/2019 RAM

Nom et prénom du malade :

MANSOUR Amas

Age: 31

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Soin dentaire Ram

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 : 01/11/2019

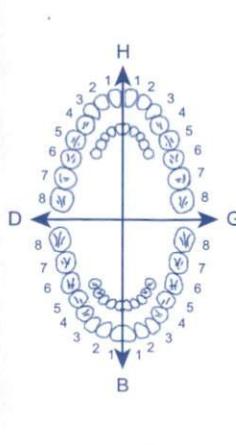
Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

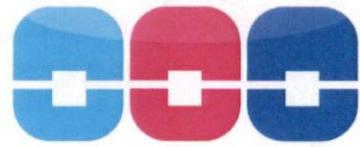
**Important :**

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																		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<i>Zaki Zirou</i>																
	(36)	CP	D <sub>10</sub>	MONTANTS DES SOINS	200,00 DH																
		(FD)		DEBUT D'EXECUTION	01/11/19																
				FIN D'EXECUTION	01/11/19																
		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411   11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			B	00000000	00000000	35533411   11433553			MONTANTS DES SOINS	
		H	25533412	21433552																	
		D	00000000	00000000																	
		B																			
		B	00000000	00000000																	
35533411   11433553																					
(Création, remont, adjonction)			DATE DU DEVIS																		
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
*Dr. Anatif ZAKI ZIRAOUI*  
*Orthodontiste*  
*836, Bd Al Qods 2<sup>me</sup> Etage - Casablanca - Tél. : +212 529 21 35 00*



عيادة متعددة الإختصاصات لطب وجراحة الأسنان  
CABINET DE GROUPE DE CHIRURGIE DENTAIRE

# ORDONNANCE

Date : 01/11/19

## Note d'honoraire

Nom du patient MANSOUR ANAS

INPE : 094167566    ICE : 001690060000090    IF : 40168861

date	Position des dents	Nature des travaux	Coefficient	Montant honoraires
01/11/2019	(36)	CP(FD)	D10	200.00DHS

Espèces

Chèque

Arrêtée la présente facture à la somme de deux cent dirhams.

Dr Awazir ZAKI ZIRAOUI  
Orthodontiste  
836, Bd Al Qods 2<sup>ème</sup> Etage Mandarona  
Casablanca - Tél. : +212 522 21 35 66

836, Boulevard El Kods  
2<sup>ème</sup> Etage Mandarona  
CASABLANCA  
Tél : +212 5 22 21 35 66  
Mail : awazira@yahoo.fr