

# 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.

## **Éducation :**

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 caractére 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

ND: AB 287  
DIR

CA

## **Déclaration de Maladie : № P19- 0024343**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13.285 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KABBAT Sarah Date de naissance : 10-04-1991

Adresse : Res. Riad Al Hadikha Imm. L, N°19, Etage 4, TR3, Sidi Goumen

Tél. : 06.73.84.79.73 Total des frais engagés : 20.00,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENJELLOUN Samia  
Médecin Dentiste  
295, Bd Abdelmoumen - Casa  
Tél: 0522.86.37.00

Date de consultation : M / 10 / 2020

Nom et prénom du malade : K.A.BBAJSARAH

Age : 28 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : caries 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : SARAH

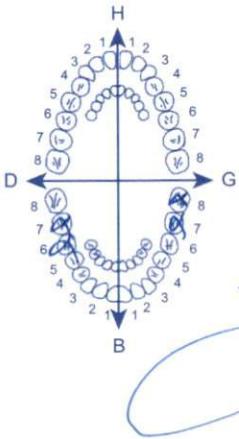
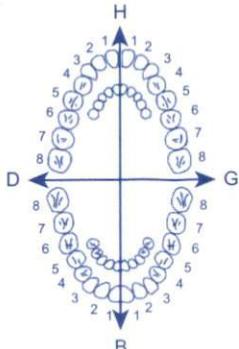
Le : 13 / 01 / 2020

# 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
 <i>DR. BENJELLOUN Samia Médecin Dentiste 295, Bd Abdelmoumen - Casa Tél: 0522.86.37.00</i>	4 6	Composite	D 10
	4 7	Composite	D 10
	3 8	Composite	D 10
	3 7	Composite	D 10
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			<i>D 40</i>
			MONTANTS DES SOINS
			<i># 2000,-</i>
			DEBUT D'EXECUTION
			<i>02/12/10</i>
			FIN D'EXECUTION
			<i>11/12/10</i>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412	21433552
	D	00000000	00000000
	B	35533411	11433553
(Création, remont, adjonction)			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			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

*DR. BENJELLOUN Samia  
Médecin Dentiste  
295, Bd Abdelmoumen - Casa  
Tél: 0522.86.37.00*

Casablanca, le 11/01/2020

**ICE: 001659583000021**

Nom : KABBAJ  
Prénom : SARAH  
Âge : 28 ans et 9 mois

### **NOTE D'HONORAIRE**

Date	Désignation	Valeur
02/12/2019	Composite sur la 46	<b>500 DH</b>
14/12/2019	Composite sur la 47	<b>500 DH</b>
11/01/2020	Composite sur la 37et 38	<b>1000 DH</b>
Total		<b>2000 DH</b>

Dr. BENJELLOUN Samia  
Médecin Dentiste  
295, Bd Abdemoumen - Casa  
Tél: 0522.86.37.00

