

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 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° W19-511895

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15 JAN 2020

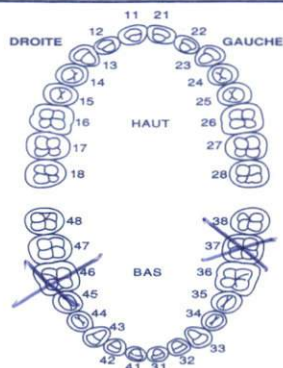
ACCUEIL



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

### SOINS DENTAIRES



Dents  
Traitées

Nature  
des soins

Coefficient

(16) Composite D<sub>15</sub>  
(37) Composite D<sub>15</sub>

Coefficient  
des travaux

D<sub>30</sub>  
Montant des soins

1000 DH

Début d'exécution

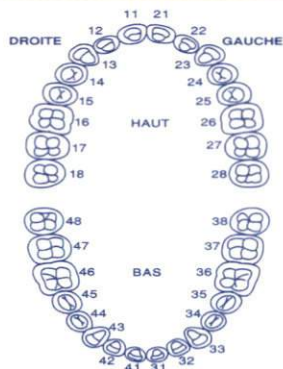
25/12/19

Fin d'exécution

27/12/19

D. ELASLAM NARJISSE  
CENTRE DENTAIRE  
ALEXANDRIE  
Tél: 022 86 23 22

### O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient  
masticatoire

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

### VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° P 17/044961



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Cachet  
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



P 17/044961

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 8716

Nom & Prénom ATMANOUR MUSTAPHA

Fonction C.B.

Phones 0661324356

Mail atmanour.mus@gmail.com

Signature de  
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient ANAS

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Signature et  
cachet du  
médecin

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
honoraires

PHARMACIE

Date 25/12/19

Montant de la facture

48,50

Signature et  
cachet de la  
pharmacie  
D. ELASLAM NARJISSE  
CENTRE DENTAIRE  
ALEXANDRIE  
Tél: 022 86 23 22

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date 25/12/19

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

15 Radiographie  
Panoramique

1000 DH

D. ELASLAM NARJISSE  
CENTRE DENTAIRE  
ALEXANDRIE  
Tél: 022 86 23 22

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des  
Honoraires

CACHET





D'LASLAMI NARJISSE  
CENTRE DENTAIRE  
ALEXANDRIE  
Tél: 05 22 86 23 22

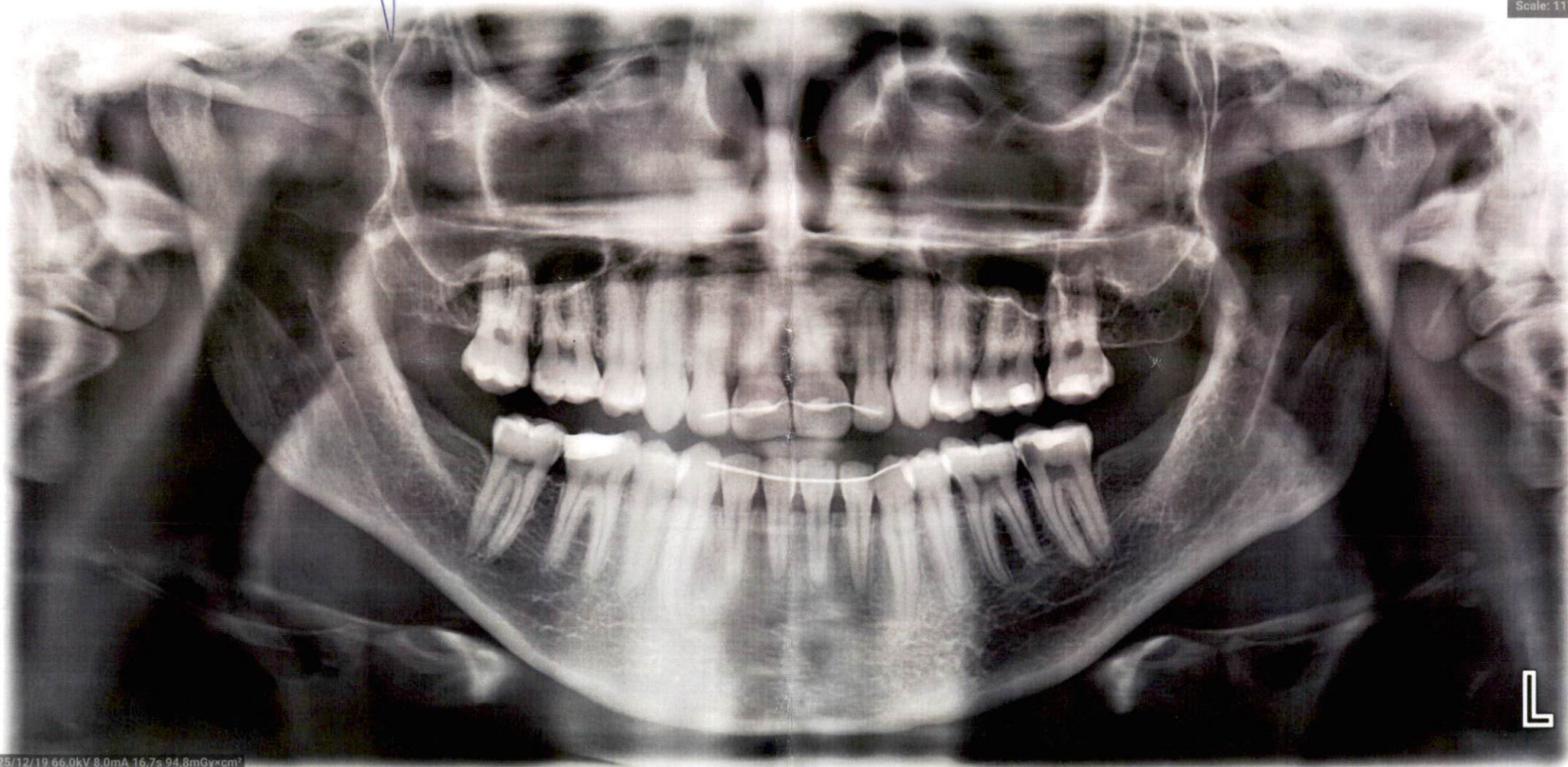
Ait Mansour Anas

DOB:

ID: 000730



Scale: 117%



25/12/19 66,0kV 8,0mA 16,7s 94,8mGyxcm²



# CENTRE DENTAIRE ALEXANDRIE

CENTRE DENTAIRE SPÉCIALISÉ

ORTHODONTIE - ENDODONTIE - DENTISTERIE ESTHÉTIQUE - PÉDODONTIE  
CHIRURGIE - IMPLANTOLOGIE

D<sup>r</sup> LASLAMI Narjisse

Orthodontiste

Ex-interne - Résidente - Médecin spécialiste CHU Ibn Rochd - Casablanca

Casablanca, le 25-12-19.

Mr AIT YANSOUR ANAS

218,50

\* Perio Kin (gel)



Application 3x5 pendant 15jrs.

PHARMACIE DES SCIENCES  
Centre Commercial Laimoun II  
CASABLANCA  
Tél : 022 99 48 14

D'LASLAMI NARISSSE  
CENTRE DENTAIRE  
ALEXANDRIE  
Tél : 05 22 86 23 22



29, Rue El Yazidi Mohammed - Quartier des hopitaux - Casablanca - MAROC

0522 862 322 Narjisselaslami@gmail.com

## DR LASLAMI NARJISSE

### NOTE D'HONORAIRE 000218

Casablanca le : 27/ 12/2019

Nom et prénom du patient : AIT MANSOUR ANAS

Dents	Traitement à effectuer	coefficient	Honoraires
	Radiographie panoramique	Z15	200 DH
46	Composite	D15	600 DH
37	Composite	D15	400DH
TOTAL		1200 DH	

D/LASLAMI NARJISSE  
CENTRE DENTAIRE  
ALEXANDRIE  
Tél: 05 22 86 23 22