

## 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 *NSR* *ND* *RID*

N° W19-514809

ND = 17509

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) *9726*

Matricule : *9726* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : *fi Lali youssef*

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

*NSR* 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-514809

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
	23	Maintien canalaire	D10		
		Détartrage 1 <sup>re</sup> séance	D12		
		Détartrage 2 <sup>de</sup> séance	D12		
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
	D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553	G
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Signature et cachet du praticien attestant le devis		Dr. Faysal MOUAK Chirurgien Dentiste Spécialisé 180, Bd. Oum Rbia 1 <sup>er</sup> Etage Casablanca - Tel.: 0922 89 19 76			



W18-399621

DATE DE DEPOT

27.03.2019

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 08726

Nom & Prénom : FAYALI AOUAL Youssef

Fonction : GDFB Phone : 0661330726

Mail : fayali.yous@gmail.com

### MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Nature de la maladie

Date 1<sup>re</sup> visite

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

### PHARMACIE

Date .....

Montant de la facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Patient : FILALI AOUAL YOUSSEF

Date : le 27/03/2019

## NOTE D'HONORAIRES

Date	Dent	CODE	Nature de l'acte	Cotation	Honoraire		
22/03/2019			Détartrage 1ère séance	D12	500 dh		
27/03/2019			Détartrage 2ème séance	D12	500 dh		
27/03/2019	23		Traitemen canalaire	D10	700 dh		
<b>TOTAL</b>							<b>1700 dh</b>

Je sous signe avoir reçu la sommes de :

Mille sept cent dirhams

Dr. Faysal MOUAK  
 Chirurgien Dentiste Spécialisé  
 180, Bd. Oum Rabia 2ème Etage  
 Casablanca - Tél.: 0522 89 19 76

Dr. Faysal Mouak

Chirurgien Dentiste Lauréat de la Faculté de Médecine Dentaire de Casablanca  
 Diplôme Universitaire en Orthopédie Donto-Faciale à la Faculté de Médecine Dentaire de Casablanca  
 Spécialiste qualifié en Chirurgie Parodontale Esthétique à Bordeaux  
 CES en Implantologie orale  
 CES en esthétique et facettes dentaires  
 CES de de compétence clinique en chirurgie dentaire laser assistée en Italie

Praticien: Dr Faysal MOUAK © Copyright EDIS  
Patient: Youssef FILALI Numéros des dents: 23



Date de naissance : 01/01/0001 00:00:  
Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone Professionnel:

Téléphone Personnel:

Commentaire :

Dr. Faysal MOUAK  
Chirurgien Dentiste Spécialiste  
180, Bd Charrat, 1er étage  
Casablanca  
Téléphone : 0522 59 19 76