

# 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024000

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3043 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HILALI. M<sup>ed</sup> Date de naissance : 23/11/1959

Adresse : TAHYB. F8. APPT. 1B. RSD. EL WAHDA. BERRACHID

Tél. : 0662097996 Total des frais engagés : 2001,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. ABOUOUSLIME NAIMA**

**Chirurgien Dentiste**

**9, Rue Moussa Ben Naceur - Béni Mellal**

**Tél : 0527 336734**

**MUPRAS**

Date de consultation : 28/10/2019 30 OCT. 2019 Age :

Nom et prénom du malade : Hilali. R. Hamid

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : dental

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 : BERRECHID

Le : 28/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : Hamid

### 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
28/12/15	45	D 5	100,00	Mr. ABOUMOUSSE, Chirurgien Dentiste N° Rue Moussa Bled Nouvel - Berrechid Tél : 0522 33 67 32

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Gare, 68, Bd. Lalla E. S. 10000 Casablanca, Tél. 03 62 22 584	28/12/15	202,160

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

  

MONTANTS DES SOINS	O.D.F	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	PROTHÈSES DENTAIRES	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
		D 00000000 00000000 35533411 11433553	
		B	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

  

DEBUT D'EXECUTION	O.D.F	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	PROTHÈSES DENTAIRES	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
		D 00000000 00000000 35533411 11433553	
		B	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

  

FIN D'EXECUTION	O.D.F	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DU DEVIS
	PROTHÈSES DENTAIRES	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
		D 00000000 00000000 35533411 11433553	
		B	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

  

DATE DE L'EXECUTION	O.D.F	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
	PROTHÈSES DENTAIRES	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
		D 00000000 00000000 35533411 11433553	
		B	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Naima ABOUMOUSLIME

CHIRURGIEN - DENTISTE  
ORTHODONTISTE

Diplômée d'état de la faculté de Médecine  
et de Chirurgie Dentaire de Casablanca



الدكتورة نعيمة أبو مسلم

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Berrechid le : 08/10/2019 برشيد في :

HILALI - Rihani

551cc  
o Amonil 15

PPV: 55,00 DH  
LOT: 566699  
PER: 07/18

461cc 1g 29j  
461cc 1g 29j

LOT: 4387  
PER: 05/18  
PPV: 46,60 DH

Dr. ABOUMOUSLIME NAIMA  
Chirurgien Dentiste

37, Rue Moussa Bnou Nouceir - Berrechid

Tél : 0522 33 67 32

Pharmacie SALIMA  
68, Bd. Lalla El Fissir II  
Tél.: 0522 33 67 32 - 05 84

97 ، شارع موسى بن نصیر رقم الشقة 8 الطابق 2 (قرب المقاطعة الثانية) - الهاتف 97  
97, Bd Moussa Bnou Nouceir Appt 8 - 2<sup>ème</sup> Etage - Tel : 05 22 33 67 32