

# 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1482 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHAISCA NAJAT

170103

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066331614 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Al'errahmane et Rte  
d' Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Date de consultation :

24/07/2023

Nom et prénom du malade :

CHARY F ADAM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Boîte 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

31 JUIL 2023  
R. ACCUEIL I. BOUAHANE

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-034553

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 :

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### VOLET ADHERENT

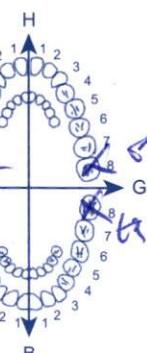
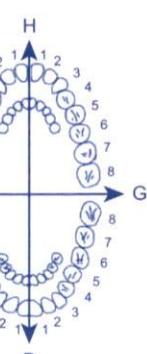
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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          |                                     |  |  |  |
|---|---|----------------------|----------------------|-------------------------------------|--|--|--|
|    | 18 dents traitées   | inclus               | 1/40                 | Coefficient DES TRAVAUX <b>D160</b> |  |  |  |
|   | 18 dents traitées   | inclus               | 1/40                 | MONTANTS DES SOINS <b>4000,-</b>    |  |  |  |
|   | 38 dents traitées   | inclus               | 1/40                 | DEBUT D'EXECUTION                   |  |  |  |
|   | 48 dents traitées   | inclus               | 1/40                 | FIN D'EXECUTION                     |  |  |  |
| <hr/>   |   |                      |                      |                                     |  |  |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                      |                      |                                     |  |  |  |
|   | H   | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | Coefficient DES TRAVAUX             |  |  |  |
|   | D   | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 |                                     |  |  |  |
|   | B   |                      |                      |                                     |  |  |  |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                      |                      | MONTANTS DES SOINS                  |  |  |  |
|   |   |                      |                      | DATE DU DEVIS                       |  |  |  |
|   |   |                      |                      | DATE DE L'EXECUTION                 |  |  |  |
| <hr/>   |   |                      |                      |                                     |  |  |  |
| <b>Dr TOUJAR Rachid</b><br>Chirurgien Dentiste et RTD<br>Angle 33A<br>d' Azemmour 16 - Casablanca<br>Tél: 0522 90 58 35 / 0522 91 50 89 |   |                      |                      |                                     |  |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |   |                      |                      |                                     |  |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>  |   |                      |                      |                                     |  |  |  |



- Diplômée de la faculté de Médecine de Paris VI
- Master Européen en technique Damon
- Orthodontie Linguale
- Master Européen d'Orthodontie Invisible Invisalign
- Orthopédie de l'enfant et l'adolescent
- Orthodontie de l'adolescent et de l'adulte
- Micro Esthétique du Sourire

Casablanca, le 05/07/2023

*Cher Confrère,*

Je me permets de vous adresser **M. CHARYF Adam**  
pour ses soins dentaires.

Je vous prie de bien vouloir réaliser les soins suivants :

- ***Extractions des 4 Dents de Sagesse.***

En vous remerciant pour votre confiance, je vous prie de croire en nos meilleurs sentiments.

