

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 - 8ème 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° W19-422157

30/11/19

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> <small>Cadre réservé à l'adhérent(e)</small>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b> <input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Matricule : <b>10726</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b> <input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b> Nom & Prénom : <b>OLIADI Fatiha</b> Date de naissance : <b>08-12-74</b> Adresse : <b>Res. Bine Al Nading, Imb5, F2, Apt4, Californie - CASA</b> Tél. : <b>06 61 21 47 95</b>	Société : <b>R. A. M</b> Autre : Total des frais engagés : <b>200+2112.5 Dhs</b>
<small>Cadre réservé au Médecin</small> <b>Polyclinique Dental</b> <b>Docteur Saad ESSALKI</b> <b>7 Rue M Modibo Keita - Casablanca</b> <b>Tel. : 22 62 61 51 - www.dentalis.ma</b>	
Cachet du médecin :  Date de consultation : <b>30/05/19</b> Nom et prénom du malade : <b>Ennadi</b> Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> Nature de la maladie : <b>Consultation</b> En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  <small>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.</small>	
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 : <b>Jemaa El Fna</b> Signature de l'adhérent(e) : <b>[Signature]</b> <small>Le : 30/11/19</small>	



### 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
				INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/05/19	21250

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 19141112710151
[REDACTED]	Consultation	D5		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX D5
				MONTANTS DES SOINS 200,00 DH
				DEBUT D'EXECUTION 30/05/19
				FIN D'EXECUTION 30/05/19
				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 PARTICIPANT ATTESTANT L'EXECUTION
				Polyclinique Dentaire Casablanca Docteur Saad ESSALMI 785 3d Modibo Keita - Casablanca Tel. 0522 62 51 51 www.dentaire .com



Casablanca, le 18/06/2019

Note d'honoraire  
548/2019

Patient : Mme OUADI (archive) FATHIHA

Dent	Acte	Honoraire
1848	Consultation	200,00
	TOTAL	200,00

Somme arrêtée à : deux cents dirhams

Polyclinique Dentaire Casablanca





Casablanca, le 30 mai 2019

## ORDONNANCE

Mme OUADI (archive) FATIHA

138.30

Augmentin 1g

1 comprimé 2 fois par jour pendant 7 jours

58.45

Solupred 20mg

3 comprimés à la fois par jour pendant 5 jours  
à partir du matin de l'intervention

15.8

Doliprane 1000 mg

1 comprimé en cas de douleurs, sans dépasser 4 par jour

T=

212.50

PPV: 138,30 DH  
LOT: 591291  
PER: 08/20

58.45  
03.21  
21

**Solupred® 20mg**

PPV 138,30 DH  
PER 08/20  
LOT 591291

Polyclinique Dentaire Casablanca  
Société Civile Professionnelle  
Des Médecins Dentistes  
765, Bd Modibo Keita - Casablanca  
Tél: 0522 82 51 51 Fax: 0522 85 50 62