

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0046062

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7250** Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **SAHNAOUI Abdellatif**
 Date de naissance : **21/7/1957**
 Adresse : **LOT WAFAH 46 DEROUA**
 Tél. : **0619691457** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENAZZOUEZ Laila
 Chirurgien Dentiste
 121, Bd. Bakhir Boudani 24e. la Fleuriste A
 N°4 Maarif extension - Casablanca
 Tél: 05 22 25 88 31

Date de consultation : **26/7/2019**
 Nom et prénom du malade : **N. Sahnaoui Abdellatif** Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enf
 Nature de la maladie : **3 extractions des dents 32-41-42**
 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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : **30/7/2019**
 Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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	
<p>3 extractions 41-42-32</p>	3	2	Extraction	D ₁₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	4	1	Extraction	D ₁₀	MONTANTS DES SOINS
	4	2	Extraction	D ₁₀	DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

20 SEP. 2019

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553
B	



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

BENAZZOUEZ Laïla
Dentiste
Chirurgien Dentiste A

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. BENAZZOUE Laïla
Chirurgien Dentiste
121, Bd. Sidi Moudjahid - Alg. la Fleuriste A
N°4 Meublé et Hôtel - Algérie
Tel: 021 25 00 77

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

[Signature]

Docteur Laïla Benazzouz

Spécialiste
en chirurgie dentaire



Orthodontie
Soins - Chirurgie - Blanchiment
Prothèse fixe et mobile
Radio

الدكتورة ليلى بنعزوز

اختصاصية في طب
وجراحة الأسنان

تقويم اعوجاج الأسنان
علاج - جراحة - تبييض
تعويض ثابت و متحرك
أشعة

Casablanca, le 30.7.2019

الدار البيضاء، في

11 SEP, 2019

Facture

M. Sahnoun Abdelatif

3 extractions des dents 32-41-42

$D_{10} \times 3 = D_{30} = 400,00$ DH

Arête la présente facture = la somme
de quatre cents dirhams

Dr. BENAZZOUL Laïla
Chirurgien Dentiste
121, Bd. Brahim Roudani Rés. le Fleuriste A
N°4 Maârif extension - Casablanca
Tél: 05 22 25 88 97

Signature