

# 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, parodontologie 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de



## Déclaration de Maladie

N° W19-432528

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7580 Société : Retraité

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ESSAHIBI HASSAN

Date de naissance : 01/11/1961

Adresse : Bloc 3 N° 20 HAY AGUJAH ALJEHADIA  
D'ELHAYO ELNEZANE

Tél. : 0695560949 Total des frais engagés : 600,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/07/19

Nom et prénom du malade : Essahibi Hassan Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Soins 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : ELNEZANE Le : 11/07/19

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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 : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

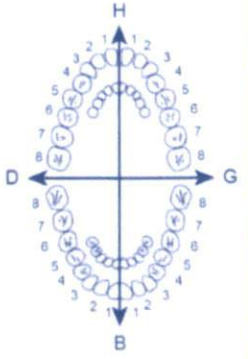
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 6111174878
	11	composite	D <sub>10</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX D <sub>10</sub> x 2
	12	composite	D <sub>10</sub>	
	<del>892 120</del>			MONTANTS DES SOINS 600,00 D4
	<del>111</del>			
	<del>111</del>			DEBUT D'EXECUTION 11/07/10
	<del>111</del>			
	<del>111</del>			FIN D'EXECUTION 11/07/10
	<del>111</del>			
	<del>111</del>			
	<del>111</del>			

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	
	(Création, remont, adjonction)	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

**Docteur Sanaa Mikou Leqlalech**

**Chirurgien Dentiste  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine Dentaire de Casa**

Résidence Kenza - 1<sup>er</sup> étage App N°1 - Av. Hassan II  
Dcheira - El Jihadia - Inezgane  
Tél. Fax : 05 28 33 51 34



**الدكتورة سناء ميكو لقلالش**

**طبيبة جراحية للأسنان  
خريجة كلية طب الأسنان  
بالدار البيضاء**

إقامة كنزة الطابق الأول شقة رقم 1 شارع الحسن الثاني  
الدشيرة الجهادية - إنزكان  
الهاتف : 05 28 33 51 34

24 SEP. 2019

Inezgane le

إنزكان في.

11/07/19

**NOTE D'HONORAIRE**

Je soussigné(e) Dr, Sanaa Mikou Leqlalech

Certifie que :

Essahiba Bakrim

A subi à ce jour des soins dentaires dont la note d'honoraire s'élève à :

600,00 DH (six cent dh)

Cachet et signature de médecin

Dr Sanaa Mikou Leqlalech  
Chirurgien Dentiste  
Résidence Kenza - 1<sup>er</sup> Etage App N°1  
Av. Hassan II, Dcheira - El Jihadia  
Inezgane - Tél. 05 28 33 51 34