

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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° W19-425931

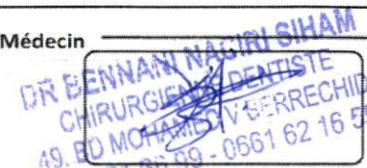
☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8141 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL MABROUK TAOUFIQ  
 Date de naissance : 14-05-79  
 Adresse : Résidence AL WAZDA BD n°11 Benechid  
 Tél. : 0667051509 Total des frais engagés : 2050 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/07/19  
 Nom et prénom du malade : EL MABROUK BENZA Age : 16  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Carie

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 06M1A6M72
	3 6	Pulpectomie	D25	COEFFICIENT DES TRAVAUX 265+212
	3 6	Coroniste	D15 10	
	2 6	Pulpectomie	D25	MONTANTS DES SOINS 2050,00
	2 6	Coroniste	D10	
		Pulpectomie	D25	DEBUT D'EXECUTION 10/07/19
		Coroniste	D10	
	1 7	Coroniste	D10	FIN D'EXECUTION 31/07/19
	1 6	Coroniste	D10	
	2 7	Coroniste	D10	
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H 25533412 81433552 00000000 00000000</p> <p>D 00000000 00000000 35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>				DATE DU DEVIS
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>				DATE DE L'EXECUTION

DR BENNANI NAZIRI SIHAM  
CHIRURGE DENTISTE  
49, BD MOHAMED V. TRRECHID  
0522 51 66 99 - 0661 62 16 55

**Dr Siham BENNANI NACIRI**

Chirurgienne Dentiste

Diplômée de la faculté de médecine  
dentaire de l'Université de Montréal

Ex.membre de l'association dentaire canadienne

Ex.membre de l'ordre des dentistes du Québec



**الدكتورة سهام بناني ناصري**

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بجامعة مونتريال

عضوة سابقة بالهيئة الكندية لطب الأسنان

عضوة سابقة بهيئة أطباء الأسنان بكيبك

Berrechid, le 31/07/19

## **FACTURE # 056/19**

**PATIENT(E) : EL MABROUK KENZA**

Je soussignée Dr. BENNANI NACIRI SIHAM,  
affirme avoir reçu la somme de 2050.00 DHS (DEUX MILLE  
CINQUANTE DIRHAMS) pour traitements dentaires.

24 SEP. 2019

BP  
D75  
P26

DR SIHAM NACIRI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
49, BD MOHAMED V, BERRECHID  
0522 51 66 99 - 0661 62 16 55

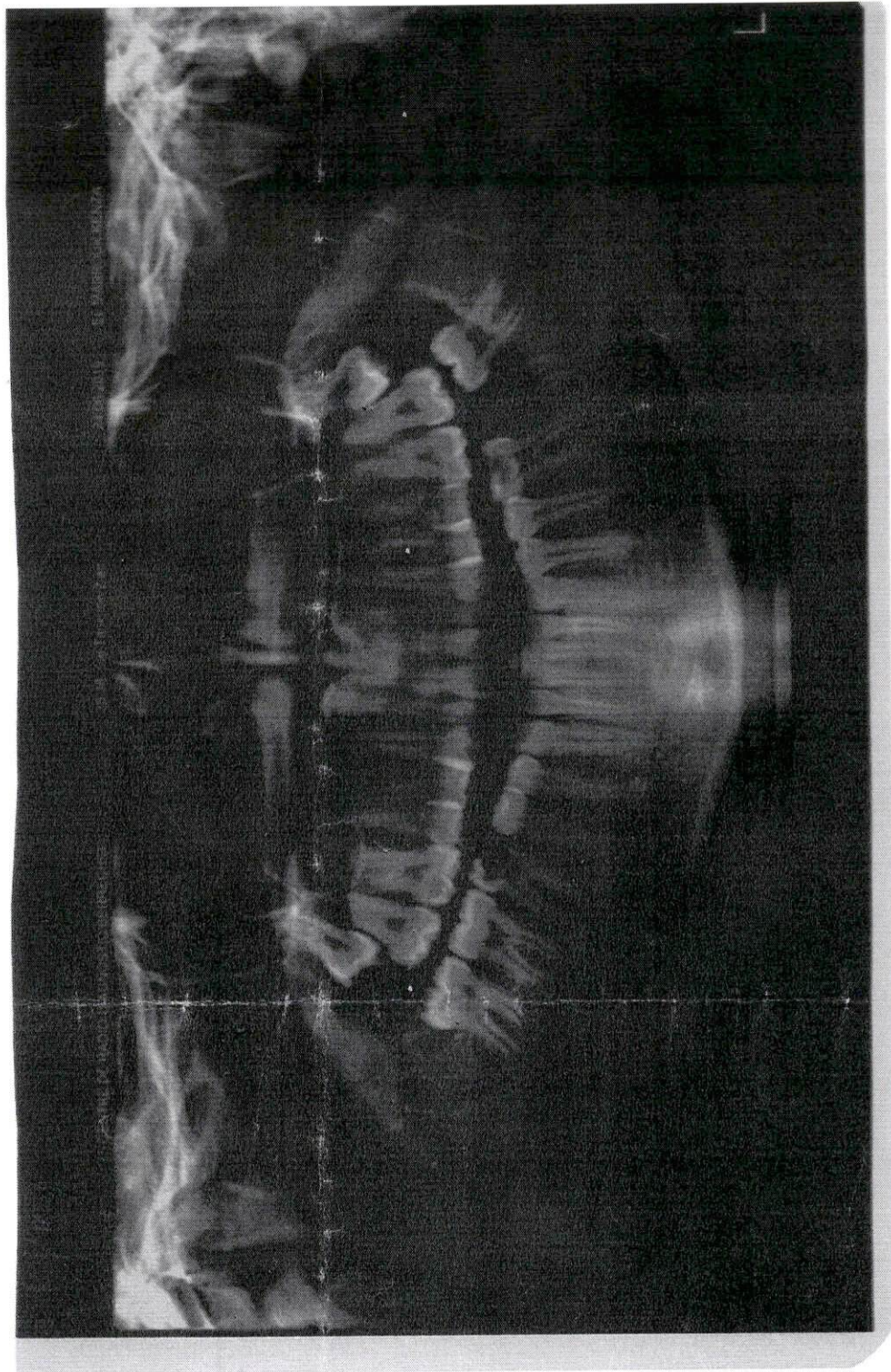
49 شارع محمد الخامس، الطابق الثاني - برشيد - الهاتف \ الفاكس : 05 22 51 66 99 - احمول : 06 61 62 16 55  
49 Bd Mohamed V, 2<sup>ème</sup> étage - BERRECHID (Au dessus de la banque CIH)  
Tél/Fax. : 05 22 51 66 99 - GSM: 06 61 62 16 55

E-mail : [cabinetdentairebennani@gmail.com](mailto:cabinetdentairebennani@gmail.com)



<https://www.facebook.com/cabinetdentairebennani>

Rx Auct Tx 36+46



✓