

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com

Prendre en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

**AS :** 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° P19-0046044

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : RAOUZ AHMED

Date de naissance : 1959

Adresse : .....

Tél. : 6666247016 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/9/2019

Nom et prénom du malade : Raouz Ahmed Age : 1959

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

Nature de la maladie : soins dentaires

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 : Casa Le : 25/09/2019

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**

## EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur**    **Date**    **Montant de la Facture**

25/09/19    237,80

I.N.P.

2046754

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

**Cachet et signature du Praticien**    **Date des Soins**    **Nombre**    **Montant détaillé des Honoraires**

A M    P C    I M    I V

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

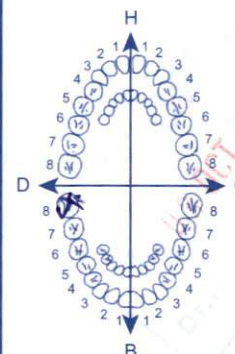
**Important :**

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

## SOINS DENTAIRES

**Dents Traitées**    **Nature des Soins**    **Coefficient**

28    2x1/2    D17.



Ace D10

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D18

MONTANTS DES SOINS

300

DEBUT D'EXECUTION

25/9

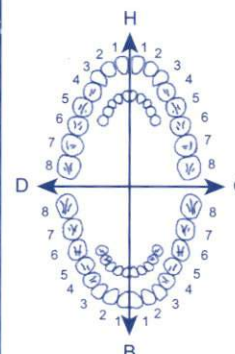
FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

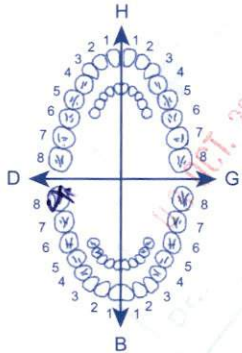
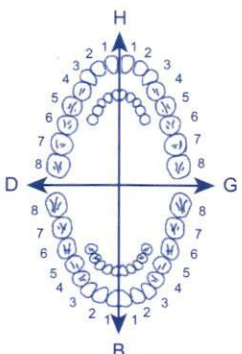
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																				
	7 8	soins	D17.	COEFFICIENT DES TRAVAUX																																			
				D18																																			
				MONTANTS DES SOINS																																			
				300 Dh.																																			
				DEBUT D'EXECUTION																																			
				25/9/2019																																			
				FIN D'EXECUTION																																			
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H			G		25533412	21433552				00000000	00000000				D					00000000	00000000				35533411	11433553					B				MONTANTS DES SOINS
	H			G																																			
	25533412	21433552																																					
	00000000	00000000																																					
	D																																						
	00000000	00000000																																					
	35533411	11433553																																					
		B																																					
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																																			
			DATE DE L'EXECUTION																																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KITANE Loubna  
Chirurgien Dentiste  
B.P. 2471 - Hay Inara  
Casablanca  
Tél. 06 77 00 00 00



Dr. KITANE LOUBNA  
Chirurgien Dentiste  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine Dentaire  
de Casablanca

الدكتورة كتان لبنى  
طبيبة جراحة الاسنان  
دبلوم كلية طب الأسنان  
بالدار البيضاء

Casablanca, le 25/9/2020

M. Raouf Ahmed

① Augmentin 1g

PPV: 126,30 DH  
LOT: 610816  
PER: 10/20

126,30 28/5/1 E

DIFAL®  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44,20 DH

② Difal 50mg

44,20 34/1 E

PPV: 14 DH00  
PER: 05/22  
LOT: I11142

③ Doliprane 1000 mg

1400

1 paquet de  
clocher sans dépasser 64/1

LOT 181036  
EXP 02/2021  
PPV 52.80 DH

④ Doeder 20mg

52,80

23720

Bd. Dakhla, Hay Inara n°83  
1 er étage - Casablanca  
Tél : 05 22 50 60 40

Pharmacie Oued El Ghazal  
Mohamed Amine BENINANI  
Docteur en Pharmacie  
1, Lot Oued El Ghazal - Inara 1 - Ain Chock - Casablanca  
Tél : 05 22 50 60 40 E-mail : beninani.dr@gmail.com

شارع الداخلة، حي الإنارة رقم 83،  
الطابق الأول. الدار البيضاء  
الهاتف 0522 50 66 40