

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Prothèse 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 chronique 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

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- 0015340

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3552 Société : RAM/MT 4891

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraite

Nom & Prénom : OUZINE Date de naissance : 30/06/43

Adresse : Hay Salam III GR3 en 8 Sidj

Tél. : 0667132234 Total des frais engagés : 650 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. Ouzine S. DR. SS Age: .....

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 : Casablanca Le : 15/10/2019

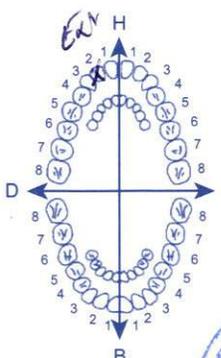
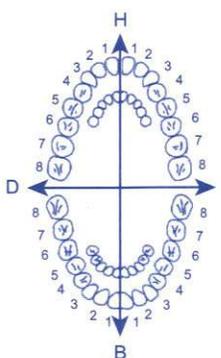
Signature de l'adhérent(e) : .....

RELEVÉ DES SOINS ET HONORAIRES			
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

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
		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.			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		Consultation	2
			4
	12	Ext	9
			10
	Ra	Ra	9
		3	
		3	
		17	
		350 DH	
		350 DH	
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			17
MONTANTS DES SOINS			350 DH
DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION			30/9/19
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			
			
<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
MONTANTS DES TRAVAUX			20
MONTANTS DES SOINS			300 DH
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			8/10/19
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Dr. KSIKES Mohamed

CHIRURGIE - DENTISTE

Diplômé de la faculté de Médecine de DAKAR

72, Boulevard Zerktouni 2<sup>ème</sup> étage, N°4

(Face Marché des Fleurs) - Casablanca

Téléphone : 0522 277 582

GSM : 0662 100 621

الدكتور كسيكس محمد

جراحة الأسنان

خريج كلية الطب بـ دكار

72, شارع الزرقتوني، الطابق الثاني رقم 4

(أمام سوق الزهور) - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 277 582

المحمول : 0662 100 621

Casablanca, le 8/10/13 في الدار البيضاء،

Je soussigné, Dr. KSIKES Mohamed a vu,  
effectuée la sous-généralie  
de l'Anatomie de N° 05277582 sur le  
pied de G50 du site Cd Général de

