

## 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 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.

DIRB  
N° 76765

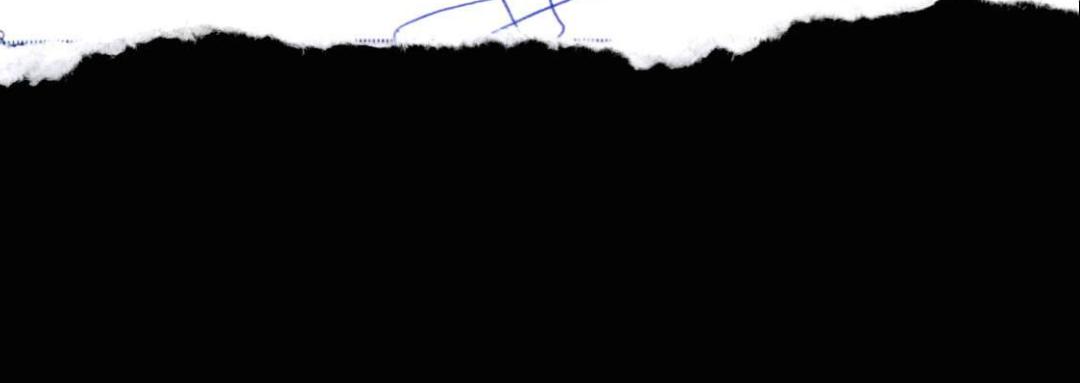
## Déclaration de Maladie

N° W19-422677

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7342	Société :	R.A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHOUKI HASSAN
Nom & Prénom :		22/02/1968	
Date de naissance :		71 ABITUELLE	
Adresse :			
Tél. :	0661 9153 43	Total des frais engagés :	3 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr Chouki HASSAN Parodontiste implantologue Centre Allal Ben Abdellah Ag. Rue Allal Ben Abdellah 6ème étage Zaouia Meâni			
Date de consultation :	03/11/2010	Nom et prénom du malade :	Chouki HASSAN Age: 51
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Réstauration en Céramique MUPRAS 3 Faç		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le renseignement 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 : 03/11/2010  
Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE 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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 10914912977
	16	Restauration en composite		COEFFICIENT DES TRAVAUX <b>D99</b>
	27	en 3 Faces		MONTANTS DES SOINS <b>3000</b>
	37	onc tournage Radiculaire en fibre de verre		DEBUT D'EXECUTION <b>03/10/19</b>
			$D = 33 \times 3 = 99$	FIN D'EXECUTION <b>03/10/19</b>
			$1000 \times 3 = 3000$	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				 Signature : Kadi Idriss & Kine Assaad Rue Plage du Marché Ag. Rue Tél.: 0522 25 84 84 - Fax 0522 25 82 21.
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre Dentaire **TAJMOUATI**  
Createur de sourires

**Prothèse - Orthodontie - Endodoncie  
Blanchiment - Implantologie - Pédodontie**

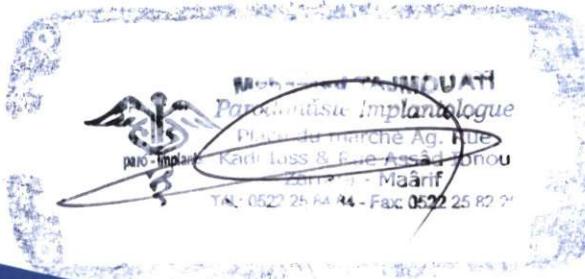
**N° Patente : 35713982  
INP : 094012978  
ID F : 40717472  
ICE : 001679071000070**

**FACTURE Pour  
Mr CHOUKI HASSAN**

Je soussigné Cabinet Tajmouati, Certifie avoir reçu de Mr Chouki la somme  
De 3000,00 dhs correspondant aux :

- Restauration en composite en 3 face avec ancrage radiculaire en fibre de verre sur la 16.....1000.00 dhs
- Restauration en composite en 3 face avec ancrage radiculaire en fibre de verre sur la 27.....1000.00 dhs
- Restauration en composite en 3 face avec ancrage radiculaire en fibre de verre sur la 37.....1000.00 dhs

Casablanca le : 03-10-2019



Place du Marché, 7 rue Kadi lass (Imm, Mc Donald's)  
Maârif - 20 100 Casablanca.  
Tél : 05 22 25 84 84 - Fax : 05 22 25 82 25  
E-mail : taj.contact@gmail.com

**[www.taj-dental.com](http://www.taj-dental.com)**



Centre Dentaire **TAJMOUATI**  
Createur de sourires

**Prothèse - Orthodontie - Endodoncie  
Blanchiment - Implantologie - Pédodontie**

Casablanca le 03-10-2019

Nom et prénom : CHOUKI HASSAN

- Acte réalisé : restauration en composite en 3 face avec ancrage radiculaire en fibre de verre sur la 16



- restauration en composite en 3 face avec ancrage radiculaire en fibre de verre sur la 27



- restauration en composite en 3 face avec ancrage radiculaire en fibre de verre sur la 37

