

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **aire :**

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.

## **die 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

Dhésion 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- 0047896

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 2390 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AYAN CHAID

Date de naissance : 10/03/55

Adresse : VILLA 22 ALAIN CHAID

Tél. : 0614 640696 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. BELHOUJI HANANE  
CHIRURGIEN DENTISTE  
14, Bd. Ain Taoujilate, Résidence  
Res N° 16, 2ème Etage Bourgogne  
(CASABLANCA)

Date de consultation : 14/10/2010

Nom et prénom du malade : AYAN CHAID Age : 65

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : Le : 31 oct. 2010

Signature de l'adhérent(e) : .....



## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.



Dr. Hanane BELHOUJI

Lauréat de la Faculté Chirurgie Dentaire Grenade - Espagne  
CES Orthodontie CIRTE - France

Soins - Prothèse - Orthodontie Adulte / Enfant  
Implantologie - Blanchiment Dentaire au Laser  
Esthétique Dentaire

مركز علاج الأسنان  
بدر

د. بلحوجي حنان

خريجة جامعة جراحة طب الأسنان بغرناطة - إسبانيا  
شهادة تقسيم الأسنان CIRTE - فرنسا

علاج - تعبيض - تقويم  
زرع الأسنان - تبييض الأسنان بالليزر  
ترميم الأسنان

Casablanca, le : ..... Casablanca, le 22/10/2019 الدار البيضاء

Monsieur ALAMI Chams Kamal

### NOTE D'HONORAIRES F2/19

Date	Dent	Acte	Nomenclature	Honoraires
22/10/2019	14 13	Couronne ceramo-metal	D754	20 000.00
	12 11			
	21 22			
	23 24			

Total	20 000.00
-------	-----------

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme de :  
VINGT MILLE DHS

*Signature D'Adherent*



14, شارع عين تاوجطات إقامة رياض، رقم 16 الطابق الثاني، بوركون - الدار البيضاء

14, Bd. Ain Taoujoute Rés. RIAD N°16, 2ème Etage, Bourgogne - Casablanca

الهاتف : 05 22 27 06 67 - E-mail : drbelhouji@gmail.com - البريد الإلكتروني :