

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 0 Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pac@mupras.com](mailto:pac@mupras.com)
- 0 Adhésion et échange d'identité : [adh@mupras.com](mailto:adh@mupras.com)



## Déclaration de Maladie

RB/D

N° W19-484156

Identifiant non existant SN

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12050 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prenom : JILALI ANSARI HAJAR

Date de naissance :

Adresse :

Tel : 0661439393 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

| SOINS DENTAIRES                 | Dents<br>Traitées | Nature<br>des soins | Coefficient | Coefficient des                                   |
|---------------------------------|-------------------|---------------------|-------------|---------------------------------------------------|
|                                 | 14                | Coup                | 200         | Coefficient des<br><br>Montant des soins<br>17004 |
|                                 | 16                | Coup                | 200         |                                                   |
|                                 | 17                | Coup                | 200         |                                                   |
|                                 | 18                | Coup                | 200         |                                                   |
| Début d'exécution<br>24/09/2019 |                   |                     |             | Fin d'exécution<br>24/09/2019                     |

| O.D.F.<br>Prothèses dentaires                                                            | Détermination du coefficient<br>masticatoire |          | Coefficient<br>des travaux                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                          | 25533412                                     | 21433552 | Coefficient des travaux<br><br>Montant des soins<br><br>Date du devis<br><br>Fin de |
|                                                                                          | 00000000                                     | 00000000 |                                                                                     |
|                                                                                          | 00000000                                     | 00000000 |                                                                                     |
|                                                                                          | 35533411                                     | 11433553 |                                                                                     |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |                                              |          |                                                                                     |

Dr. Mustapha TAJMOUATI  
Chirurgien Dentiste  
Boulevard Anouar et Bd. Alexandre  
12ème Arrondissement - Casablanca  
Tél/Fax: 022.89.54.43

| VOLET ADHERENT                                                                                                                                                                    |                | NOM : .....            | Mlle |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------|------|
| DECLARATION N°                                                                                                                                                                    | W15-043705     |                        |      |
| Date de Dépôt                                                                                                                                                                     | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |      |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois<br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les<br>justificatifs exigés par la Mutuelle |                |                        |      |



W15-043705

DATE DE DEPOT

...../...../201...

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT |                               | Mlle 19050 |
|--------------------------|-------------------------------|------------|
| Nom & Prénom             | Filali Anouar Hajer           |            |
| Fonction :               | Phones                        | 0661439393 |
| Mail                     | filali.anouar.hajer@gmail.com |            |

| MEDECIN                                                                                                        | Prénom du patient |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | Age 37 ans        |
| Nature de la maladie                                                                                           | Date 24/09/2019   |
| Date 1ère visite                                                                                               |                   |

| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |                     |                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |

| PHARMACIE             | Date |
|-----------------------|------|
| Montant de la facture |      |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES     |                                 | Date |
|------------------------------|---------------------------------|------|
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires |      |

| AUXILIAIRES MEDICAUX |    |    |    |                                 | Date |
|----------------------|----|----|----|---------------------------------|------|
| Nombre               |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |      |
| AM                   | PC | IM | IV |                                 |      |
|                      |    |    |    |                                 |      |





الدكتور مصطفى التجموعتي

Dr. Mustapha TAJMOUATI

طبيب جراحي للأسنان Chirurgen Dentiste

Casablanca, le 24/09/2013 في الدار البيضاء

Fideli per le ri wage

Facture

- Realisation de 3 couronnes  
Sm. 14, 46, 47.

7700 x 3 = 23100 €

- Delivree de 2 pieces

7700 x 2 = 15400 €

Total de 38500 €

Dr. Mustapha TAJMOUATI  
Chirurgen Dentiste  
Angle Bd. Anoual et Bd. Alexandrie  
123 Imm. Attijar W.B.N°13 R.C.M.H. - Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 86 34 13



1

1

1