

## 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

- 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.

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° W19-408752

N° 7155

ADC

### Maladie

Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

### Optique

### Autres

Matricule :

8155

Société :

8155

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHINAN

AHMED

Date de naissance :

01/01/69

Adresse :

RUE JIBNAI ABI SAH

MARRAKESH

66349687

Tél. :

07

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. Abdellatif EL OMARI  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
1, Rue Kaid El Achtar - Maârif  
Casablanca - Tél.: 022.25.82.43

Cachet du médecin :

CAFA

Date de consultation :

26/9/19

Nom et prénom du malade :

CHINAN

2019

Age:

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

CH

MUPRAS

01 NOV. 2019

ACCUEIL

09 10 19

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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.																
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION				<i>Le 09/06/2019</i>												
FIN D'EXECUTION				<i>Le 09/06/2019</i>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411		11433553	
	H	21433552														
	00000000	00000000														
	D	00000000														
	00000000	00000000														
	B	35533411														
		11433553														
	COEFFICIENT DES TRAVAUX				<i>D90</i>											
	MONTANTS DES SOINS				<i>4000,40</i>											
DATE DU DEVIS				<i>24/09/19</i>												
DATE DE L'EXECUTION				<i>26/09/19</i>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b> <i>Dr. Abdellatif EL OMARI</i> <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>Orthodontiste</i> <i>1, Rue Kaid El Achtar - Maârif</i>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b> <i>Dr. Abdellatif EL OMARI</i> <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>Orthodontiste</i> <i>1, Rue Kaid El Achtar - Maârif</i> <i>Tel.: 022.25.82.43</i>																

Dr. Abdellatif Elomari

Chirurgien Dentiste

ORTHODONTIE - IMPLANTOLOGIE

D.I.U orthopédie-dento faciale  
de l'université de Bourgogne  
Dijon-France

Casablanca, le

26/10/2019

الدكتور عبد اللطيف العمري

طبيب جراحي للأسنان

تقويم إعوجاج الأسنان

زرع الأسنان

خريج جامعة بوركين

ديجون - فرنسا



CHINAN ZAKARIA

4<sup>e</sup> semestre O.O.F

D90

1000, 0 Dhs.

quatre mille dirhams

Dr. Abdellatif EL OMARI  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
1, Rue Kaïd El Achtar - Maârif  
Casablanca - Tél: 022.25.82.43