

# 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.

## Pathologie 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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.

## Déclaration de 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

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](http://www.mupras.com)

*76391*

## Déclaration de Maladie : N° P19-0002590

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *4514* Société : *RAN*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *TARHANI MOHAMED* Date de naissance : *26/03/61*

Adresse : *la mera*

Tél. : *0661187159*

Total des frais engagés : *2000,00* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Faïsset BENNOUNA / CHIRURGIEN DENTISTE / Angle Bd. Hassan II et Bd. Md. Ben Abdellah Casablanca / Tel. 0522293282 / Fax 0522291402*



*07 NOV. 2019*

Date de consultation : */ /*

Nom et prénom du malade : *Mr TARHANI MOHAMED*

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Soin Dentaire*

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 : *05/11/19*

Le : *05/11/19*

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

#### **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ORL.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			<i>Déterminer le bon en deux soins bas et sans gencive</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX 0.34
			24) dv + cap	MONTANTS DES SOINS 2000,00
			Jr. Faisset BENNOU CHIRURGIEN DENTISTE Angle Bd. Zerkouni et Bd. Md. Ben Abdellah - Casablanca Tél: 0522295282 / 0522481402	DEBUT D'EXECUTION 22/11/2010
				FIN D'EXECUTION 22/11/2010
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 ----- D   00000000   00000000 35533411   11433553 B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX 0.34
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				MONTANTS DES SOINS 0.00
				DATE DU DEVIS 22/11/2010
				DATE DE L'EXECUTION 22/11/2010
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
		<i>Jr. Faisset BENNOU CHIRURGIEN DENTISTE Angle Bd. Zerkouni et Bd. Md. Ben Abdellah - Casablanca Tél: 0522295282 / 0522481402</i>		

## **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	
			<i>Retenue 2x12 en deux soins sus et sous épiglo</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	34
			24 clV + corp	MONTANTS DES SOINS	2000,00
			<i>Jr. Faisel BENNOU CHIRURGIEN DENTISTE angle Bd. Zekkouri et Bd. Md. Ben Abdellah - Casablanca T. 052229522 / 0522481402</i>	DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	22/11/2012
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient	
		H 25533412 00000000 D —————— 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 11433553		
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Coefficient DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

~~VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
DE LA CHIRURGIE DENTALE~~



Casablanca, le 22/10/2019

FACTURE N°189

Mr TARHALI Mohamed

N° DENT	ACTE	NOMENCLATURE	PRIX
24	Cl V+ composite Détartrage en deux séances sus et sous gingival	D10 2xD12	800.00 1200.00
	TOTAL	D34	2000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille s dirhams.

- Compte bancaire WAFA BANK CASA EL HANK.
  - RIB : 007 780 000 391 2000 301 916 38.
- Patente: 34106425; IF: 41706425; ICE: 001686094000084.

Dr. Faisel BENNOUNA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Angle Bd. Zerkouni et Bd  
Md. Ben Abdellah - Casablanca  
Tél: 0522295282 / 0522461406