

## 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.

RID N° W19-493242  
1L673

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 09 684

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bagjaji Ram

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés : 30500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/12/19

Nom et prénom du malade : Bagjaji Adam

Age : 22/03/2006

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CARIRES DENTAIRES

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 : Ram

Le : 31/12/19

Signature de l'adhérent(e) : R

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
02/12/19	Dent sur 4.5 et 4.6	D 10x2	# 300.00 Dhs #	INP : 094169943 Dr. Mouna ELHILALI CHIRURGIEN DENTISTE 22 Bd. Abdellahoum - CASABLANCA 62223 M. 0212) 022 29 57 10

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 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'ODD.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 084169943												
		4 5	D701	D <sub>10</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX D <sub>20</sub>												
		4 6	D701	D <sub>10</sub>													
  <b>Dr. MOHNA ELHILAL</b> <b>CHIRURGIEN DENTISTE</b> 250 Bd. Abdelmoumen, Résidence Abraies Abdelmoumen - CASABLANCA Tel / Fax : (+212) 022 23 57 15		 <b>Dr. Mouna ELHILAL</b> <b>CHIRURGIEN DENTISTE</b> 250 Bd. Abdelmoumen, Résidence Abraies Abdelmoumen - CASABLANCA Tel / Fax : (+212) 022 23 57 15															
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433533</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433533	MONTANTS DES SOINS #300,00 DH
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433533															
					DEBUT D'EXECUTION 07/12/19												
					FIN D'EXECUTION 07/12/19												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANTS DES SOINS												
					DATE DU DEVIS												
					DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DR. MOU  
CHIRURGIEN PLASTIQUE  
250 Bd. Abdellatif Ben YOUSSEF  
Abraïs Abdelmoumen - CASABLANCA  
Tél/Fax : (+212) 022 23 57 16

CABINET DENTAIRE

Abrajes Abdelmoumen

Dr Mouna EL HILALI

Lauréate de l'Université Hassan II  
et du Centre Hospitalier Ibn Rochd - Casablanca



عيادة طب الأسنان

أبراج عبد المؤمن

الدكتورة مني الهلالي

خريجة جامعة الحسن الثاني

والمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

## NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, le

07/12/19

Nom du patient : BATJAJI

Prénom du patient : ADAM

Acte : D701x2 (45et 46)

Cotation : D<sub>10</sub>x2

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : (#300,00 DH)

(trois cents dirhams )

Pour les soins et actes dentaires réalisés.

Dr. Mouna ELHILALI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
250 Boulevard Abdelmoumen, Résidence  
Abrajes Abdelmoumen - CASABLANCA  
Tél / Fax : (+212) 022 23 57 16