

## 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.



~~Identifiant~~

## Déclaration de Maladie

N° W19-506235

16089

CA

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11 589

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : El Amine Si Ram

Date de naissance : 14.08.1977

Adresse : 17 Rue Abou Ishaq Djedjaji Apt 5 etg  
2 Zouarf USA

Tél. : 0661211389

Société :

Autre :

### Optique

### Autres

ROYAL AIR MAROC

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ESSO DAI GUI YA Smine

Age : 13 ANS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Devis pour ODF

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon et 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 : CASA

Le : 30/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

5ème  
Semaine  
du 23/9/19  
23/3/20

VISA ET ~~DR. ENLEMILI~~ Yasmina  
Dr. Enlemili Yasmina  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste et Esthetique  
au dessus de Moulini Bir Anzarané  
blanca - Tél: 05 22 23 44 79

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Centre Dentaire

Dr.Yasmina BENLEMLIH

Orthodontie - Parodontie

Implantologie - invisalign

Diplômée de la F.M.D.C

Ancienne Attachée au CCTD de Casablanca

**FACTURE N°: FA301/19**



# مركز طب الأسنان

د. ياسمينة بن المليح

تقويم الأسنان - علاج اللثة

زرع الأسنان - تبييض

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

ملحقات سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي للدار البيضاء

Casablanca le: 30/12/2019

**l'enfant essodaigui yasmine**

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
30/12/2019	0	traitement ortho		2500

Total : 2 500,00

Arrêté la présente Facture à la somme de : DEUX MILLE CINQ CENTS

Dr. BENLEMLIH Yasmina  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
32, Bd Bir Anzarane 1er étage N° 2,  
au dessus de Moumni Bir Anzarane  
Casablanca - Tel: 05 22 23 44 79

ICE:001740630000072 INP:094011459 PAT:40800282

32, Bd Bir Anzarane, 1<sup>er</sup> étage , N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

32، شارع بئر أنزاران، الطابق الأول، رقم 2 - فوق مومني بئر أنزاران

Tél. : 05 22 23 44 79 - E-mail : yasminabenlemlih2019@gmail.com