

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pc@mupras.com](mailto:pc@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aloui 800 Abdellah - 6ème étage - Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L3) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-492880

RID

☒ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **16290**

Matricule : **01948** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **Jbara Driess**

Date de naissance : **01/10/1947**

Adresse : **5 Rue Mohamed Elheruit**

Tél : **0664557044** Total des frais engagés : **300,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Ahmed TAIBI**  
Chirurgien Dentiste  
66, Bd. Ahfir (Imm. Moumni) n°  
(M.I.D.A) - Tél: 056 68 19 52

Date de consultation : **09.12.2019**

Nom et prénom du malade : **JBARA Driess** Age : **72**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Sans diagnostic**

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 : **Casablanca**  
Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEILLI 21/2019**



### RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

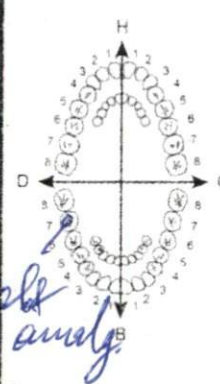
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le lien de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 084083852
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="DAS"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="300DAS"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="09-12-19"/>

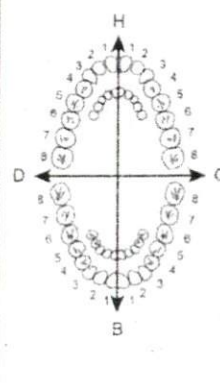
### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Ahmed TAIBI**  
Chirurgien Dentiste  
66, Bd. Ahfir (Imm. Moussati) n°1  
OUJDA - Tél: 056 68 19 52

# Docteur Ahmed TAIBI

CHIRURGIEN DENTISTE

Soins - Chirurgie - Prothèse - Radiologie  
Enfants - Adultes

66, Bd Ahfir, (Imm. Moumni)  
1<sup>er</sup> Et. Appt. n° 1 - OUJDA  
☎ 05 36 68 19 52

الدكتور أحمد طيبي

طبيب جراحى للأسنان  
أشعة - تعويض - جراحة - ترميم  
الصغار والكبار

66، شارع أحفير (عمارة المومني)  
الطابق الأول رقم 1 - وجدة  
الهاتف : 05 36 68 19 52

Oujda, le 09.12.19 وجدة، في

## ATTESTATION DE PAIEMENT

Je soussigné, Docteur Ahmed TAIBI Chirurgien dentiste; Oujda certifie  
avoir reçu la somme de : 300M (en chiffre)

trois cents dinars (en lettre)  
de la part de : (Mr, Mme, Mlle) : JBARA Dr. Ahmed TAIBI  
Chirurgien Dentiste  
66, Bd. Ahfir (Imm. Moumni) n°1  
Oujda - Tél: 056 68 19 52

Pour les actes inscrits dans la feuille de soins de prothèse  
dentaire ci-contre jointe.

Cette facture établie et remise à la demande de l'intéressé pour  
servir et valoir ce que de droit.

Fait à Oujda, le : 09.12.19

Signature :

Dr. Ahmed TAIBI  
Chirurgien Dentiste  
66, Bd. Ahfir (Imm. Moumni) n°1  
OUJDA - Tél: 056 68 19 52