

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

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

N° = 17337

(RID  
C.A)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0022146

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10821

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NOUFID

SIHAM

Date de naissance : 04/04/76

Adresse :

Tél. : 06.66.26.35.53

Total des frais engagés : 400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr TOUJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane Sidi  
d'Azemmour N°6 - Casablanca  
tél: 0522 90 98 35/0522 91 51 89

Date de consultation : 18/01/2020

Nom et prénom du malade : NOUFID SIHAM

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie Lesuraines

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 : 18/01/2020

CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

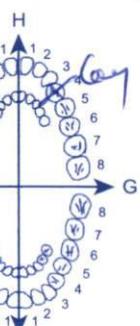
AD

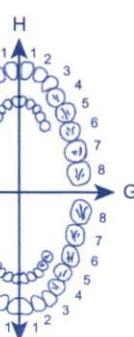
## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
	2 4	Augmentation	$D_{10}$
			CoeffICIENT DES TRAVAUX $D_{10}$
			MONTANTS DES SOINS 400,-
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION 18.01.2022

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<b>H</b> 25533412      21433552 00000000      00000000 <b>D</b> ————— <b>G</b> 00000000      00000000 35533411      11433553 <b>B</b>	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>  <b>Montants des soins</b> <input type="text"/>  <b>Date du devis</b> <input type="text"/>  <b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
<i>D. TOUILJAR Rachid Dentiste</i>		

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**T CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX**

**Docteur Rachid TOUIJAR**  
Chirurgien Dentiste

الدكتور رشيد تويجر  
طبيب جراحي للأسنان

18. 01. 2020

## Facture:

Mme Noufid Siham

- Réserv Lentilles = 400,00 M

Annexe la présente facture à  
la somme de quatre cent dinars

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rue  
d'Azemmour N° 6 - Casablanca  
Tél: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89