

# 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.

## Biologie 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

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



RID  
MS'R  
OCC  
ND° = 17469

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011644

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7820 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MKINSI AMIN Date de naissance : 15-03-1967  
Adresse :  
Tél. : 0661176932 Total des frais engagés : 200 DHS Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : RABAT Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0011644

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7820  
Nom de l'adhérent(e) : MKINSI  
Total des frais engagés : 200 DHS  
Date de dépôt : 22-07-2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

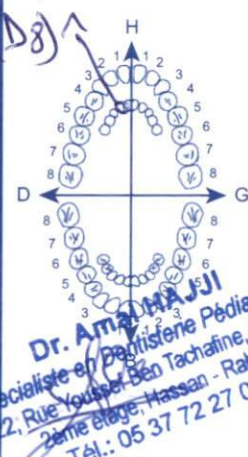
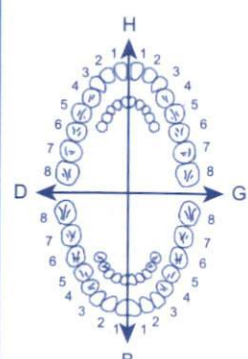
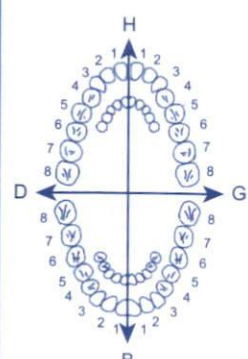
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

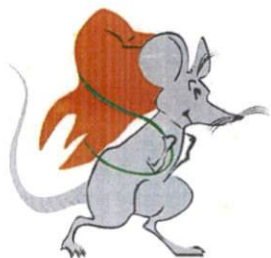
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
72 extraction	72	extraction	D8	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D8"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="200,00 Dh"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="12/06/19"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="12/06/19"/>														
<div> <div>  <p>Dr. Amal HAJJI Spécialiste en Pédiatrie Pédiatrique 2, Rue Youssouf Ben Tacharine, Apt. 21 2ème étage, Hassan - Rabat Tél.: 05 37 72 27 02</p> </div> <div>  <p>Dr. Amal HAJJI Spécialiste en Pédiatrie Pédiatrique 2, Rue Youssouf Ben Tacharine, Apt. 21 2ème étage, Hassan - Rabat Tél.: 05 37 72 27 02</p> </div> </div>																		
<div> <div> <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>  </div> <div> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> </div>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



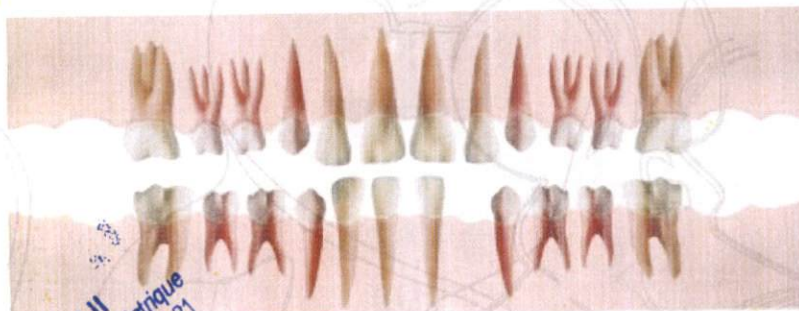
# Cabinet de Dentisterie Pédiatrique

Dr Amal Hajji

**NOTE D'HONORAIRES**  
**N°11746**

mercredi 12 juin 2019

**MKINSI Yasmine**  
**Né(e) le 26/12/2009**  
**Age: 9 ans**



Date	Dent	Cotation	Montant	Base	Libellé
12/06/2019		0	200,00dh	NR	extraction dent
TOTAL			200,00dh	0,00dh	

**Dr. Amal HAJJI**  
Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique  
22, Rue Youssef Ben Tachfine, Hs. 21 - Rabat  
Tél.: 05 37 72 27 02

**Dr. Amal HAJJI**  
Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique  
22, Rue Youssef Ben Tachfine, Hs. 21 - Rabat  
Tél.: 05 37 72 27 02



22, rue Youssef Ben Tachfine, 2<sup>e</sup> ét. appt. n°21 - RABAT  
+212 537 70 50 40 / +212 537 72 27 02  
cabinetdrhajji@gmail.com

Patente : 25151041 - CNSS : 8550352  
INPE : 104164736 - IF : 40162102  
ICE : 001669542000012