

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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



## Déclaration de Maladie : N° P19-0006778

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23027**

Matricule : **2774**

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **SARDY Mohamed**

Date de naissance : **13-12-48**

Adresse : **Lt. Ain Bab II Immeuble n°9 Casablanca**

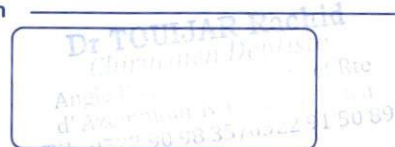
Tél. : **0661214006**

Total des frais engagés : **336,00**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/12/2020**

Nom et prénom du malade : **RABAI Aicha**

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Polysémie**

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**


Le : **27/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) :


*[Signature]*



# 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
10/02/2020	c	24	200,00	
85				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/2020	136,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

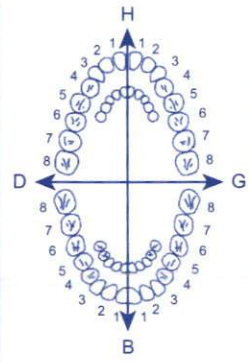
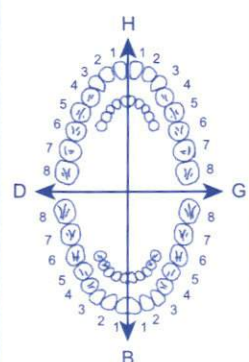
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Rachid TOUIJAR**  
Chirurgien Dentiste

الدكتور رشيد تويجر  
طبيب جراحى للأسنان

CASABLANCA ,LE : 10/02/2020

Madame RABAI AICHA

69,50  
DONTOMYCINE 3 MUI  
1 CP X 2 FOIS PAR JOUR

66,50  
PRESIDENT Antibacterial Bains de bouche 0,20  
2 à 3 FOIS PAR JOUR

**PRESIDENT®**



8 030009 701402

Lot:

Exp:

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane  
d'Azemmour N° 6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35 / 05

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIREDJ Roukia  
15-16 Rue Kergomar  
Résidence Azemmour - Casablanca  
Tél. 0222 97 91 01

Angle Bd, Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 - Hay Hassani  
Casablanca - Tél. : 05 22 90 98 35 / 05 22 91 50 89 - Patente N° 35003930  
I.F : 51465556 - I.C.E. : 001743599000031



**Docteur Rachid TOUIJAR**  
Chirurgien Dentiste

الدكتور رشيد تويجر  
طبيب جراحى للأسنان

CASABLANCA ,LE : 10/02/2020

## FACTURE

**Madame RABAI AICHA**

**SOINS DENTAIRES : 200,00**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX CENTS DIRHAMS

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Sidi Abderrahmane et Rue  
d'Azemmour - 2ème étage N° 6 - Hay Hassani  
Casablanca  
Tél: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89