

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TROUVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RAJETS

## 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.

## ologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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](http://www.mupras.com)



Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3573

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : SEBBATA Abdelhafine

Date de naissance : 21.01.1952

Adresse : 25 Rue Abou Youssef El Meknassi  
La Villette, Casablanca

Tél. : 06 89 28 40 73 Total des frais engagés : 600 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06.01.2020

Nom et prénom du malade : SEBBATA Abdelhafine

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alzé 13

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

Le : / /

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 les pilules.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

DATE DU  
DEVIS

## MONTANTS DES SOINS

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

6.0

1

## 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.

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<b>Coefficient des travaux</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>				
		<b>D</b> <b>H</b> <b>G</b> <b>B</b>				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412 00000000	21433552 00000000	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
25533412 00000000	21433552 00000000					
35533411	11433553					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>DATE DU DEVIS</b> <hr style="width: 50%; margin: 10px auto;"/> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>				
<hr style="width: 100%; margin-bottom: 10px;"/> <hr style="width: 100%; margin-bottom: 10px;"/> <hr style="width: 100%; margin-bottom: 10px;"/>		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>				

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

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



Dr. Meriem IGNANE

د. مريم إگنان

Casablanca le : ٢٥-٠٩-٢٠

Faoline

ICG : 002 MM 49 0000 96

Act

TR endo + RVG + CP SM 13

Rai : 600,00 DA

~~Dr Meriem IGNANE  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
419, 1<sup>er</sup> Etage Boissons Faoline la villette  
Casablanca - Tel : 05 22 62 61 02~~

Après

Création 21/02/2020 SEBBATA [REDACTED] Impression 21/02/2020

21/02/2020 - 23 -

[EX-POV]

Lin.



Dr. Mariem IGNANE  
Chirurgien Dentiste-Orthodontiste  
419, 1<sup>er</sup> Etage Bld. Tachfine la Villette  
Casablanca - Tel.: 05 22 62 61 02

--	--	--

Avail.

Création 06/01/2020 SEBBATA  Impression 06/01/2020

06/01/2020 13-1<sup>er</sup> Etapa  
ablanca Lin.

1000 X ~~1000 Casablanca~~ 1000 Casablanca

147 Avenue de la Villa  
1000 Bruxelles  
Télé: 02/62 02 02 02  
Telex: 05 82 02 02 02



PS: c'gt la 13

~~Dr Meriem IGNANE  
Chirurgien Dentiste  
Casablanca - Tél. : 05 22 62 61 02~~