

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 049436

ND: 50403

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4247 Société : R - A. M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : LEYSEFFER AZIZA

Date de naissance : 16-01-1979

Adresse : Rte AZENNOUR Résid. ANAFER Les Argemiers

Ville : 12

Tél. : 0661177233 Total des frais engagés : 399,60 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 7/12/2020

Nom et prénom du malade : LEYSEFFER AZIZA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur dentaire

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 : 07/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : Le : 07/12/2020

ACCUEIL

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-049436

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 7/12/20         | Consulte          | 1                     | 300                             |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie Meryem<br>19 bis P. 4 Ibn ou Sina<br>Tél: 05 22 36 33 27<br>CASABLANCA | 07/12/20 | 99,60                 |

# 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

VOLET ADHERENT

\* Il 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 :

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

| 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |                     |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                         |
|                           | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  | H                   |                         | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           | H   |                  | H                   |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                         |
|                           | 25533412  | 21433552         |                     |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                         |
|                           | 00000000  | 00000000         |                     |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                         |
|                           | D   |                  | G                   |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                         |
|                           | 00000000  | 00000000         |                     |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                         |
|                           | 35533411  | 11433553         |                     |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                         |
|                           | B   |                  |                     |                         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                         |
|                           |   |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                         |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>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

*Abdellah Bennani*  
Docteur en chirurgie dentaire

Diplômé de l'université Paul Sabatier Toulouse

Diplôme universitaire d'occlusodontie et prothèses (Toulouse)

Diplôme universitaire de chirurgie et prothèse implantologique (Paris)

Diplôme universitaire de prothèse adjointe complète (Toulouse)

Diplôme universitaire d'Implantologie basale (Nice)

Master en Implantologie et réhabilitation orale (Bruxelles)

Casablanca, le :

7/12/20

SS, P = LBYSEFFER ABZ

- Anabyl  
PPV: 55,00 DH  
LOT: 644262  
PER: 12/21

(S.V)

Pharmacie Meryem  
19 bis P. d. M. ou Sina  
33 27  
Tel: 05 22 33 27  
CASABLANCA  
Boulevard Benayou

201153  
05 2023  
30.60

30,60  
- Nalgesc 300

(S.V)

14,00 1cf  
- Doliprane 1g

(S.V)

Win (B)  
Apl 460

CLINIQUE DENTAIRE  
ABDELLAH BENNANI  
12, Rue Sadi Carnot - Etage N° 6  
CASABLANCA

Pharmacie Meryem  
19 bis P. d. M. ou Sina  
33 27  
Tel: 05 22 33 27  
CASABLANCA  
Boulevard Benayou

PPV: 14DH00  
PER: 07/23  
LOT: J1963

99,60

CENTRE DENTAIRE BENNANI

19 Bis, Bd Ibn SINA - Casablanca - Tel : 05 22 33 04 04 - GSM : 0661.43.77.78 / 0661.68.15.16  
www.maroc-implants.com - contact@maroc-implants.com