

# 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.

## Radiologie 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 : [pac@mupras.com](mailto:pac@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0022072

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0556 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ADOUANE BOUCHAÏB  
 Date de naissance : 01/01/1945  
 Adresse : Rue Alphonse Kottari Ri Loukaba  
 N° 23 Tasa  
 Tél. : 0651635819 Total des frais engagés : 2900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr MAHBOUB Salma

Médecin Dentiste Interne



Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/05/2023

Nom et prénom du malade : ADOUANE BOUCHAÏB Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 25/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : Adouane

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





N° Dossier: 140332   
N° Dossier externe: PEC-00556/09-12-2022  
Type de dossier: DENTAIRE   
Bénéficiaire: ADOUANE BOUCHAIB  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 09-12-2022   
Date de fin: 09-12-2022   
Date de saisie: 09-12-2022  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

556

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
14-12-2022	Manuel	ACC D65 +D240 EXT 42 43 44 +45 47 + 32 33 +37 38 ET PAT SUP +INF DR H/



AMOUUD AMINETOU



**Centre de  
Soins Dentaires**

UNIVERSITÉ MOHAMMED VI DES SCIENCES DE LA SANTÉ - CASABLANCA

مركز  
علاج الأسنان  
جامعة محمد السادس لعلوم الصحة - الدار البيضاء



Casablanca, le 07/03/2023

Patient(e): ADOUANE Bouchaib

ICE : 001740003000026

IF : 40127291

556

**FACTURE N° 4577-F-2020**

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
Panoramique	Z 16	Toutes	150,00 DH
TOTAL			150,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Cent cinquante DH

**Signature du Praticien**

CENTRE DE SOINS DENTAIRES  
DE L'UNIVERSITÉ MOHAMMED VI  
DES SCIENCES DE LA SANTÉ  
BOULEVARD





**Centre de  
Soins Dentaires**

UNIVERSITÉ MOHAMED EL BACHAÏ DES SCIENCES DE LA SANTÉ - CASABLANCA

**مركز  
علاج الأسنان**

جامعة محمد السادس العلوم الصحية - الدار البيضاء



Casablanca, le 25/05/2023

Patient(e): ADOUANE Bouchaib

ICE : 001740003000026

IF : 40127291

556

**FACTURE N° 5281-F-2023**

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
Panoramique	Z 16	Toutes	150,00 DH
TOTAL			150,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Cent cinquante DH

Signature du Praticien

N°2  
CENTRE DE SOINS DENTAIRES  
DE L'UNIVERSITÉ MOHAMMED VI  
DES SCIENCES DE LA SANTÉ  
N° INP/090061862



**Centre de  
Soins Dentaires**

UNIVERSITÉ MOHAMMED VI DES SCIENCES DE LA SANTÉ - CASABLANCA

**مركز  
علاج الأسنان**

جامعة محمد السادس بالحيض - الدار البيضاء



Casablanca, le 25/05/2023

Patient(e): ADOUANE Bouchaib

ICE : 001740003000026

IF : 40127291

556

**FACTURE N° 5279-F-2023**

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
Prothèse adjointe totale du maxillaire	HN 1	16	1 200,00 DH
Transfert des deux Maxillaires sur	HN 1	21	200,00 DH
Prothèse adjointe totale du maxillaire	HN 1	25	1 200,00 DH
TOTAL			2 600,00 DH

**Arrêté le montant de la facture à la somme de**

Deux mille six cent DH

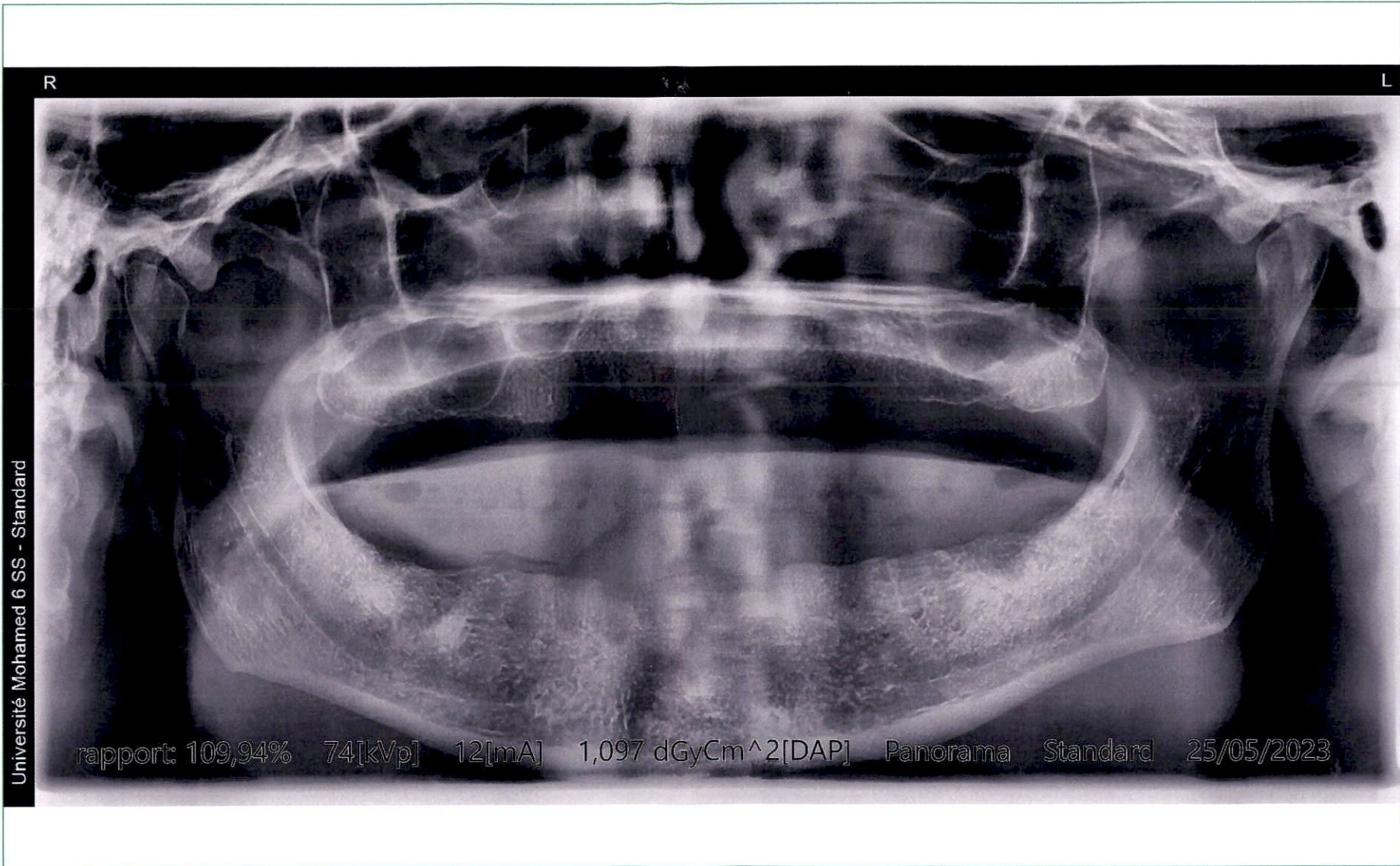
Signature du Praticien

N°3  
CENTRE DE SOINS DENTAIRES  
DE L'UNIVERSITÉ MOHAMMED VI  
DES SCIENCES DE LA SANTÉ  
N° INP 090061862

956

No. de dossier : 20221208\_102301  
Nom : ADOUANE Bouchaib

Service Radiologie  
du Centre Dentaire

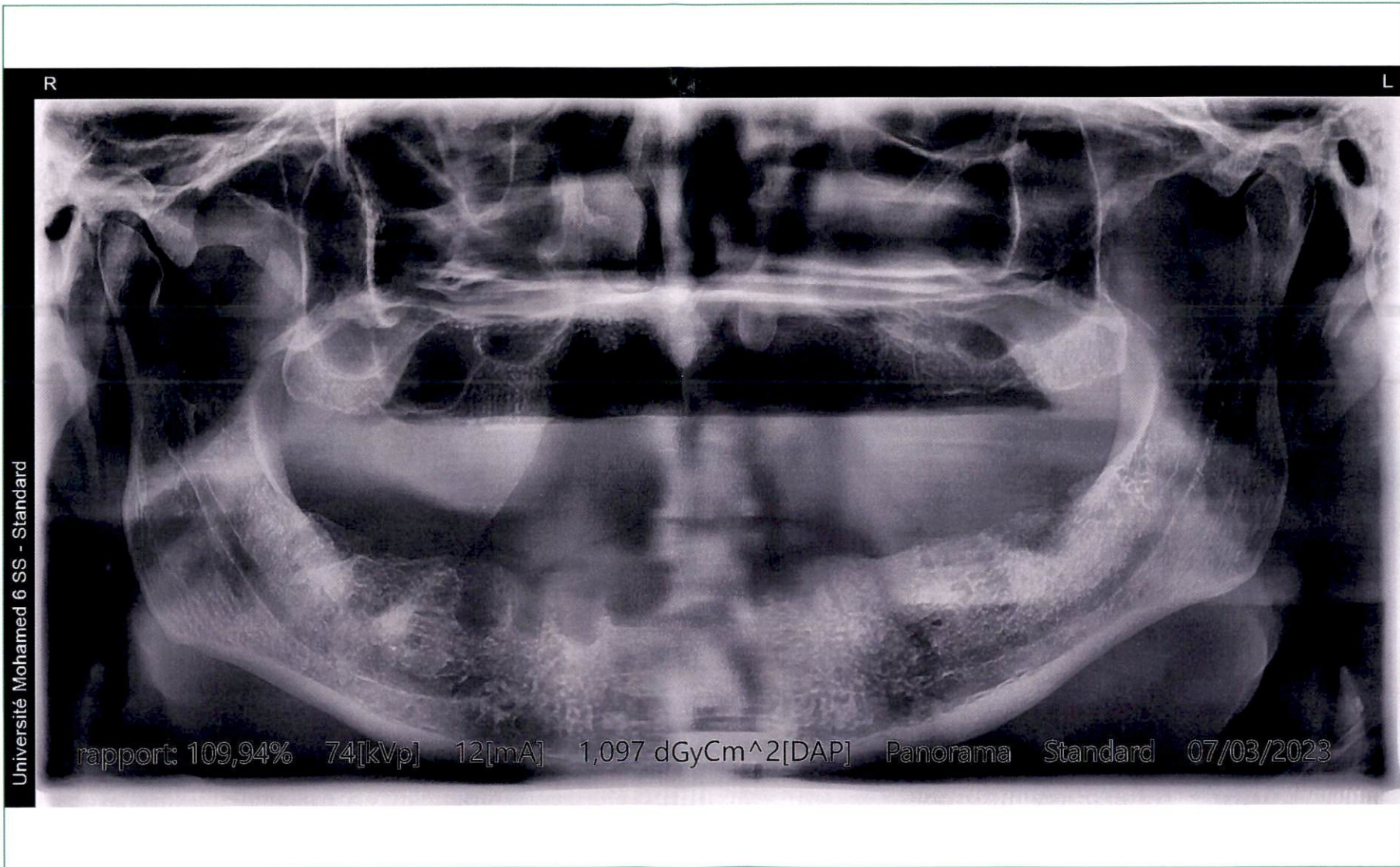




556

No. de dossier : 20221208\_102301  
Nom : ADOUANE Bouchaib

Service Radiologie  
du Centre Dentaire



556

Casablanca, le 07/03/2023

**Nom du patient : ADOUANE BOUCHAIB**

**Examen réalisé : Rx Panoramique**

**COMPTE RENDU**

- Sinus bilobés avec une fine corticale osseuse
- Trajet du NAI rectiligne
- Condyles bien loger dans la cavité glénoïde
- Edentement total bimaxillaire.

**En vous remerciant de votre confiance :**

**Signature :**

Service Radiologie  
du Centre Dentaire