

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-771100

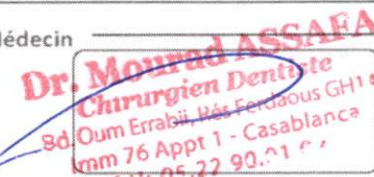
☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13299 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUAZAHROU Henda  
 Date de naissance : 07-11-1991  
 Adresse : Résidence Nadia, Immeuble R, 3<sup>ème</sup> étage, n°14, Nabil, Casablanca  
 Tél. : 06 53 98 79 41 Total des frais engagés : 4,000 dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/07/2023  
 Nom et prénom du malade : OUAZAHROU Henda Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : D21.5  
 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'at-  
 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 10/08/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



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
				INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[illegible]

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

[illegible]

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>H</b></td> </tr> <tr> <td>28533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table>	<b>H</b>		28533412 00000000	21433552 00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>B</b>		<b>D200</b>
<b>H</b>												
28533412 00000000	21433552 00000000											
<b>D</b>	<b>G</b>											
00000000 35533411	00000000 11433553											
<b>B</b>												
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<b>4000</b>										
	<b>CCC sur</b> <b>la 25</b>	<b>08/12/20</b>										
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		<b>12/8/20</b>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr Mourad ASSAFA

Mlle houda OUAZAHROU

**Dr. Mourad ASSAFA**  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Oum Errabii, Rés Ferdaous GH1  
Imm 76 Appt 1 - Casablanca  
Tel: 05.22 90.01 02



Date du cliché : 24/05/2023

Localisation :

Commentaire :

radio avant ccm sur la 25

**Dr. Mourad ASSAFA**  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Oum Errabii, Rés Ferdaous GH1  
Imm 76 Appt 1 - Casablanca  
Tel: 05.22 90.01 02

167810 

ACC-13292-10/07/2023

DENTAIRE 

OUAZAHROU HOUDA

Notifié 

---

10-07-2023




10-07-2023



en l'éditing

Ajouter

existants 

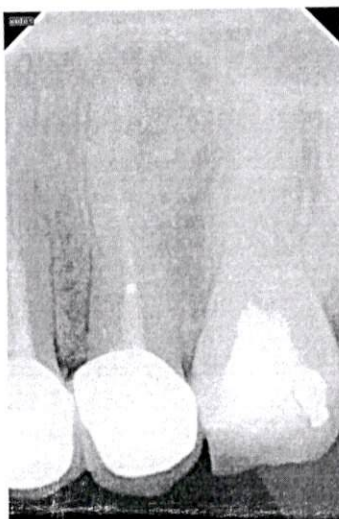
Type	Commentaire
Manuel	ACC D180 CCM 25 S/R RX APRES DR MOURAD ASSAFA



Dr Mourad ASSAFA

Mme houda OUAZAHROU

**Dr. Mourad ASSAFA**  
Chirurgien Dentiste  
3d. Oum Errabii, Rés Fardaous GH1  
Imm 76 Appt 1 - Casablanca  
Tél: 05.22.90.01.72



Date du cliché : 17/08/2023

Localisation :

Commentaire :

radio apres ccc sur la 25

**Dr. Mourad ASSAFA**  
Chirurgien Dentiste  
3d. Oum Errabii, Rés Fardaous GH1  
Imm 76 Appt 1 - Casablanca  
Tél: 05.22.90.01.72

Cabinet Dr Assafa Mourad  
0522900102

**Dr. Mourad ASSAFA**  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Oum Errabih, Rés Firdaous GH1  
Imm 76 Appt 1 - Casablanca  
Tel: 05.22.90.01.02

**NOTE D'HONORAIRES D10-8/23**

**17/08/2023**

**Madame OUZAHROU Houda**

DATE	Dent	Actes	Code	Cotation	Honoraires
17/08/2023	25	COURONNE CERAMIQUE ZIRCON	CCC	0	4000

Total :4000.00

la présente note d'honoraire est arrêtée à la somme de : QUATRE MILLE

IF: 40112538

ICE: 00167653800076

**Dr. Mourad ASSAFA**  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Oum Errabih, Rés Firdaous GH1  
Imm 76 Appt 1 - Casablanca  
Tel: 05.22.90.01.02