

# 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
- 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

M22- N° 002042 **DEVIS**

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **293** Société : **RAN**  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **RETRAITE**  
 Nom & Prénom : **AZIZ ALLAL**  
 Date de naissance : **1938**  
 Adresse : **143 lot FLORIDA Sidi NAAROUF Casablanca**  
 Tél. : ..... Total des frais engagés : **12 000,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **17 / 07 / 2023**  
 Nom et prénom du malade : **HAMMAMA N. Berka** Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **Devis pour stelli**  
 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 : **17 / 07 / 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



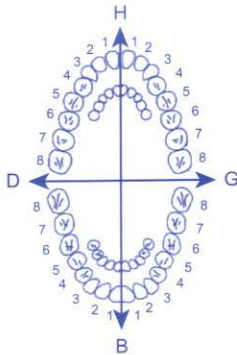
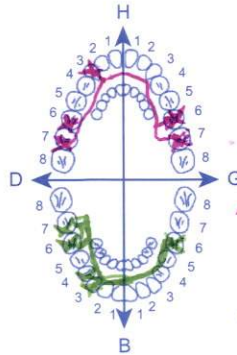
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

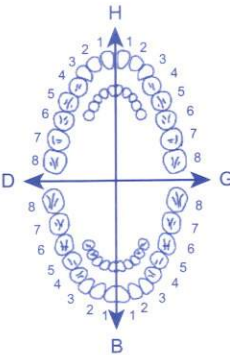
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="D240"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="12.000"/>
	<p>Stellite sup</p> <p>Remplaçant 13, 16, 17, 26</p> <p>et 27 D<sub>120</sub> 6000, 12</p>			DATE DU DEVIS <input type="text" value="17.07.23"/>
	<p>Stellite inf</p> <p>Remplaçant 36, 43, 44, 46, 47</p> <p>D<sub>120</sub> 6000, 12</p>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="16.09.23"/>
	<p>et un total de 12.000,00</p>			
	<p>VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>			
	<p>VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>			

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Saldo Total de 12.000,00

D 240

12.000

17.07.23

16.09.23

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dental & Medical  
Esthetics

Casa le : 16/09/2023

N°Patent:094012978

## FACTURE

INP:34750506

Id F:45667941

ICE:002465127000061

Nom: HAMMAMA MBARKA

Je Soussigné Arts Clinic , Certifier avoir reçu  
de MBARKA HAMMAMA la somme douze mille dirham(s) correspondant aux:

Code	Description	Prix	Sous-total
STL	Stellite - Réalisé sur 47, 46, 44, 43, 36	6 000,00	6 000,00
STL	Stellite - Réalisé sur 17, 16, 27, 26, 13	6 000,00	6 000,00
Total			12 000,00

Signature du Praticien

Signature du Patient

Dr.tajmouati

Dr. Mohamed TAJMOUATI  
Implant / Prothèse  
36, Rue des Eperviers - Oasis  
Casablanca

36, rue des éperviers, Oasis – Casablanca 20410

Tél : 05 22 25 84 84 / 05 22 36 23 83

Artsclinic.com

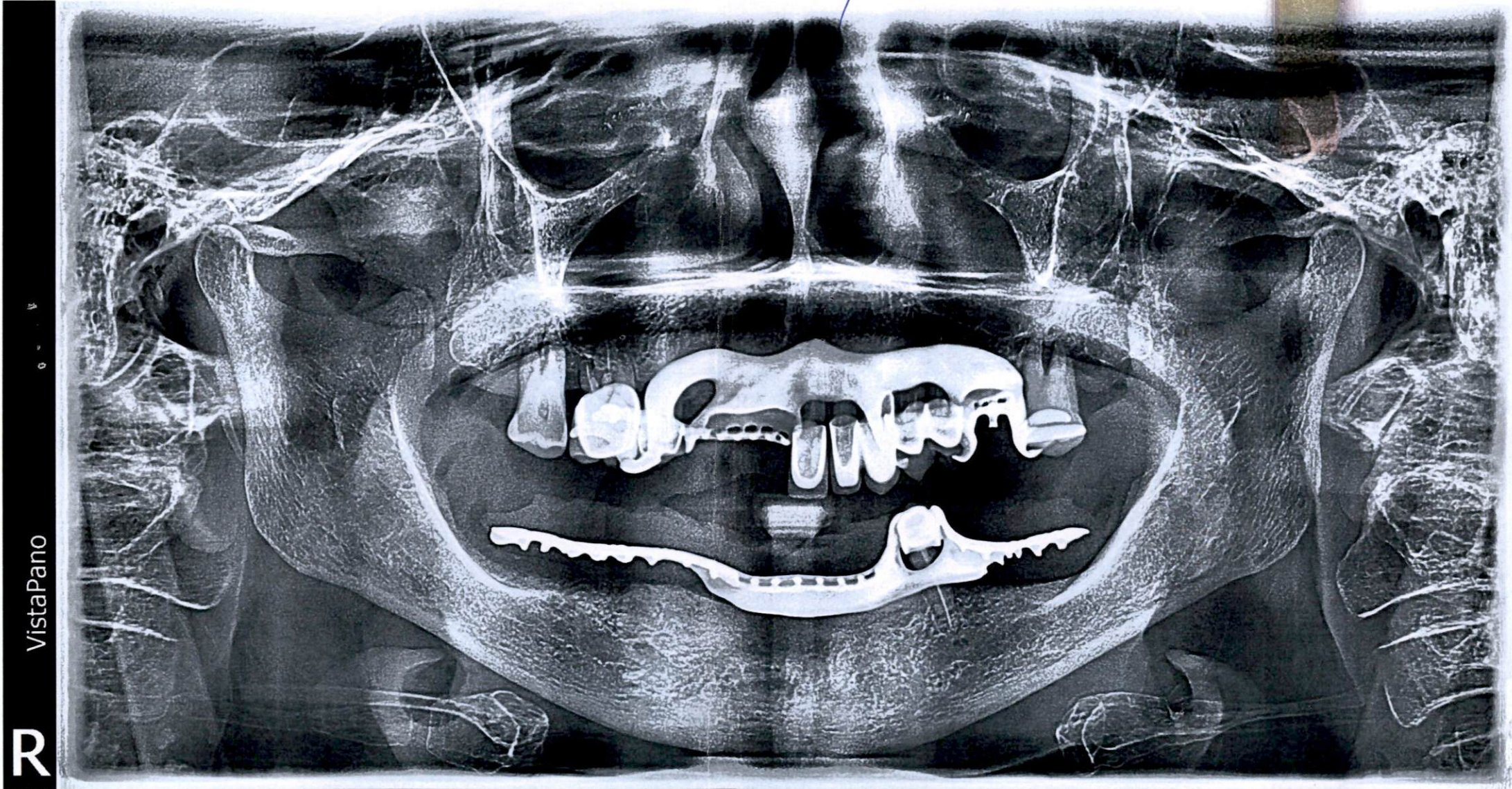


Art's Clinic

hammama, mbarka 01/01/1935

16/09/2023

Dr. Mohamed TAIMOUATI  
Implant / Prothèse  
8, Rue des Eperviers - Oasis  
Casablanca





## AZIZ KHADIJA

De: PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>  
Envoyé: mardi 25 juillet 2023 12:00  
À: AZIZ KHADIJA  
Objet: ACCORD DENTAIRE

Bonjour , veuillez trouver ci-joint votre demande accord dentaire

N° Dossier: 168830   
N° Dossier externe: ACC-00293-20/07/2023  
Type de dossier: DENTAIRE   
Bénéficiaire: HAMAMA M BARKA  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 20-07-2023   
Date de fin:   
Date de saisie: 20-07-2023  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
25-07-2023	ACC D240 STEL SUP 13 16 17 26 27 +STEL INF 43 44 46 47 36 S/R RX APRES DR TAJM



### Service Prise en charge

 Fixe : +212 522 204 545 LG  
 pec@mupras.com  
 www.mupras.com

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

Siège Social : Centre d'affaire Allal Ben Abdellah, 48, Angle rue Allal Benabdellah et rue Mohammed  
Fakir 6 ème étage - Casablanca / Tél : 05 22 20 45 45 L.G - Fax : 05 22 22 78 18, contact@mupras.com

   /MUPRASRAM