

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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

N° W21-697001

89680

|   |  |                                  |                                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                        | <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                           |  |                                  |                                 |
| Matricule :   | 2296   | Société :                        | R.A.M.                          |
| <input type="checkbox"/> Actif                          | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | RACHID                          |
| Nom & Prénom : LAHLOU                                   |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : 01/01/56                            |  |                                  |                                 |
| Adresse : LOT LA COLLINE II N 10 CALIFORNIE<br>CAGA     |  |                                  |                                 |
| Tél. : 0661159840 Total des frais engagés : 650 DHS Dhs |  |                                  |                                 |

|                                     |   |                                   |  |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin  |                                   |  |
|                                     | Dr. A. A. SEDDIQI<br>Chirurgien Dentiste<br>Orthodontie - Implantologie<br>22, Rue EL AHOUSSE Bourgogne<br>Casablanca - Tel: 05 22 485 624                        |                                   |  |
|                                     | Date de consultation :  | 14 NOV. 2023                      |  |
|                                     | Nom et prénom du malade :   | TAZI Houriya                      | Age: 03/03/1972                              |
|                                     | Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint |
|                                     | Nature de la maladie :  | 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 : Casablanca le 08 JAN. 2024  
Signature de l'adhérent(e) : Rachid



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| LISTE DES ACTES 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   |
|                               |                   |                       |                                 | INF : <input type="checkbox"/> |
|                               |                   |                       |                                 |  |
|                               |                   |                       |                                 |  |
|                               |                   |                       |                                 |  |
|                               |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Designation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée. L'acte pratique en indiquant la nature des soins

### Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement orthodontique, ainsi qu'une radiographie de face.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|---|----------------|------------------|-------------|
|  | 18             | Composite        | Df          |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

(Creation, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

~~DR. AMAL SEDDIQI~~  
Chirurgien Dentiste  
VISA ET CACHEE PAR LE PROFESSIONNEL ATTESTANT L'EXECUTION  
DU TRAVAIL  
DR. SEDDIQI - Implantologie  
22, Rue EL AHOSSI Bourgogne  
Casablanca - Tel: 05 22 486 624

14/11/2023

Facture N° : 2311414  
Mutuelle : MUPRAS

Patient : Mme TAZI HOURIYA

| Dent  | Acte      | D   | Honoraire |
|-------|-----------|-----|-----------|
| 48    | Composite | D15 | 650,00    |
| TOTAL |           |     | 650,00    |

Somme arrêtée à : six cent cinquante dirhams



Dr. Amal SEDDIQI  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontie - Implantologie  
22, Rue EL Ahoussi Bourgogne  
Casablanca - Tel: 05 22 486 624

Docteur Amal SEDDIQI

INPE: 094011186 - ICE: 001698983000020 - IF: 40503503