

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 : 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

N° M21- 0036153
189977

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9674 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUASSRAOU KARIM
Date de naissance : 18-06-1967
Adresse : ANGLE RUE PARTHENON ET Bld ALEXANDRE
RESI LENA QU DES HOPITAUX CASABLANCA
Tél. : 0661320180 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur S. ETTAKI
CHIRURGIEN DENTISTE
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4
2ème Etage - Casablanca
Tél : 05 22 27 55 55

Date de consultation : 27/12/23
Nom et prénom du malade : BOUASSRAOU Youssef Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : carie de la dent
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 : 08/01/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible]

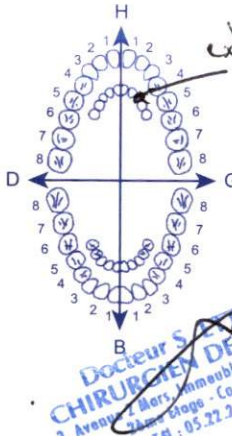
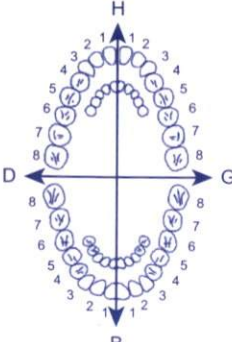
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------|-------------|--|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|
|  | 63 | exch Dg | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Coefficient des Travaux</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; font-size: 1.5em;">08</div> </div> | | | | | | | | | | |
| | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Montants des Soins</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; font-size: 1.5em;">2000</div> </div> | | | | | | | | | | |
| | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Début d'exécution</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; font-size: 1.5em;">27/12/23</div> </div> | | | | | | | | | | |
| | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Fin d'exécution</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; font-size: 1.5em;">27/12/23</div> </div> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Coefficient des Travaux</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Montants des Soins</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> | | | | | | | | | | |
| | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Date du Devis</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> | | | | | | | | | | |
| | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Date de l'exécution</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

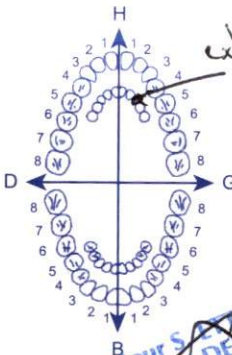
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur S. EL ANASSIRI
CHIRURGIEN DENTISTE
 Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA n°4
 2ème étage - Casablanca
 Tél : 05.22.21.55.55

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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|-------------------|-----------------------|-------------|----------------------------|
|  <p>Docteur S. ZAKI CHIRURGIEN DENTISTE 3, Avenue 2 Mars, Immeuble KALKA N°1 2ème étage - Casablanca Tél : 05 22 21 55 55</p> | 63 | exclus D ₈ | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | 08 |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | 2000 |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | 27/12/23 |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | 27/12/23 |
| | | | | |
| | | | | |

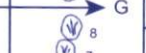
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| | H | |
| | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| | B | |

(Création, remont, adjonction)

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATT
Docteur S. ELHACH
CHIRURGIEN DENTISTE
3, Avenue 2 Mars, immeuble MARWA N°
Ezzouage - Casablanca
Tél : 05 22 27 55 55

Docteur S.ETTAKI
CHIRURGIEN DENTISTE
Diplômée de l'université
de Paris
Spécialiste en Prothèse
fixe, amovible et pathologie
de la muqueuse buccale

الدكتورة س. التاقي
طبيبة جراحة للأسنان
خريجة جامعة باريس
اختصاصية في التعويض الثابت
المتحرك وأمراض الفم

Casablanca, le : 27/12/23

M. Bouasraoui
Youssef

Noté d'histoire

Extraction de la 63 = Dg = 200dh

Docteur S. ETTAKI
CHIRURGIEN DENTISTE
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4
Zona Shopping - Casablanca
Tél : 05.22.27.55.55