

# 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

- 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- 0059411

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03272 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAHLALI AZZEDDINE  
Date de naissance : 12.05.1952  
Adresse : 19, Rue MOUAFFAQ EDDINE APT 10  
CASABLANCA ANFA  
Tél. : 0683086397 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Fokara  
Etage - Casablanca  
Date de consultation : 11/12/23  
Nom et prénom du malade : LAHLALI AZZEDDINE Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Doux à couronner  
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 : 11/12/23  
Signature de l'adhérent(e) : A. H.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

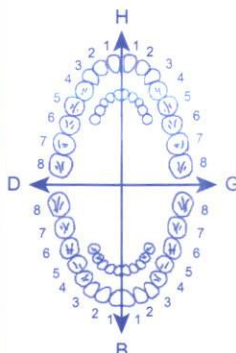
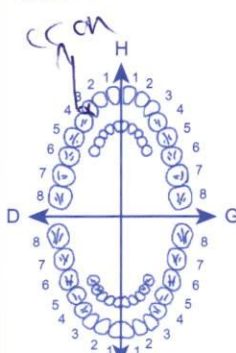
[illegible]

# 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"/>
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>CCM</b>            25533512            00000000         </div> <div> <b>H</b>            21433552            00000000         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>D</b>            00000000            35533411         </div> <div> <b>G</b>            00000000            11433553         </div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b> </div>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
	<b>CCM A3</b>			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	<b>DR. BENJELLOUN SAAD</b> Chirurgien Dentiste 24, Rue 6, Derb Fokara 1 <sup>er</sup> Etage - Casablanca			

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 187402  
N° Dossier externe: PEC-03272-19/12/2023  
Type de dossier: DENTAIRE  
Bénéficiaire: LAHLALI AZZEDDINE  
Situation: Notifié  
Sous-situation: ---  
Date de début: 19-12-2023  
Date de fin:  
Date de saisie: 19-12-2023  
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

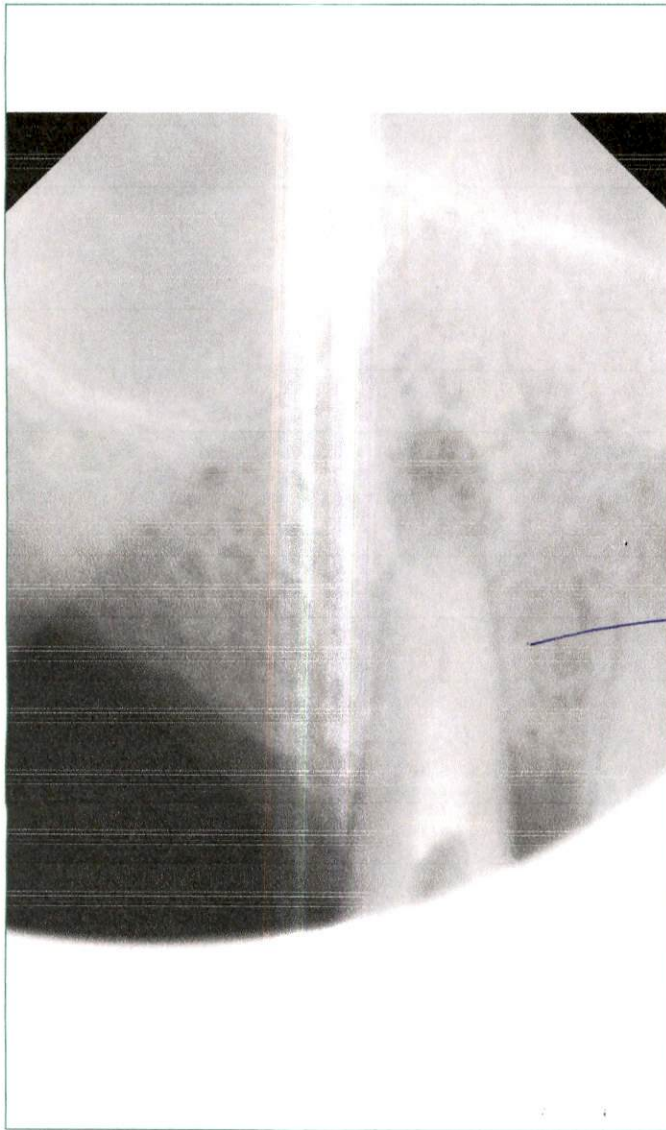
Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
20-12-2023	Manuel	ACC D180 CCM 13 S/R RX APRES DR BENJ SAAD

18/12/2023

Chart No: 20231218\_133238

Name: lahlali azzeddine Gender: Homme Age: 0Y



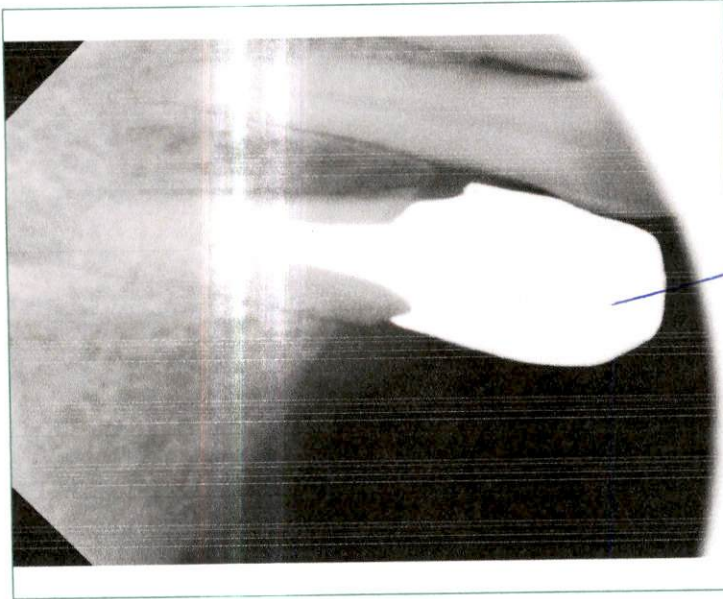
→ CCM 13

Dr: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien-Dentiste  
24 Rue 6 - Dera Fokara  
Tizi Ouzou - Casa Blanca

09/01/2024

Chart No: 20231218\_133238

Name: lahlali azzeddine Gender: Homme Age: 1Y



13  
Apne's

Dr: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Daro Fokara  
20000, Casablanca



Centre Dentaire  
**Dr. Benjelloun Saad**  
Médecin Dentiste



**Dr. Saad Benjelloun**  
CHIRURGIEN DENTISTE

مركز طب الأسنان  
الدكتور ابن جلون سعد  
طبيب أسنان

Facture N°: 20/2024

DR: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Fokara  
1er étage - Casablanca

Je soussigné, ..... Certifié envoi reçu Monsieur

*La Hlali*

Pour:

*Azzedkine*

- ☐ Soins
- ☒ Prothèse
- ☐ ODF
- ☐ Implant

Dont le travail est achevé à la date du: 09 / 01 / 2024

et dont le montant est arrêté à la somme de: # 2800,00 #

*Deux mille huit cent dollars*

BMCE Agence Habous

Compte N°: 6401178000 0034 2000 0084 1176

DR: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Fokara  
1er étage - Casablanca