

# 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03272 Société : PEC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHLALI AZZEDDINE

Date de naissance : 12.05.1952

Adresse : 19, Rue MOUAFFAQ EDDINE APT 10  
CASABLANCA ANFA

Tél. : 06 23 08 63 97 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Fokara  
1<sup>er</sup> Etage - Casablanca

Date de consultation : 11.05.2019

Nom et prénom du malade : LAHLALI AZZEDDINE Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dent à caries

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 : 19/05/2019

Signature de l'adhérent(e) : A. LAHLALI

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

**MUPRAS**  
19/05/2019  
ACCUEIL  
MARINA

### RELEVE 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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
				<img alt="Handwritten

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

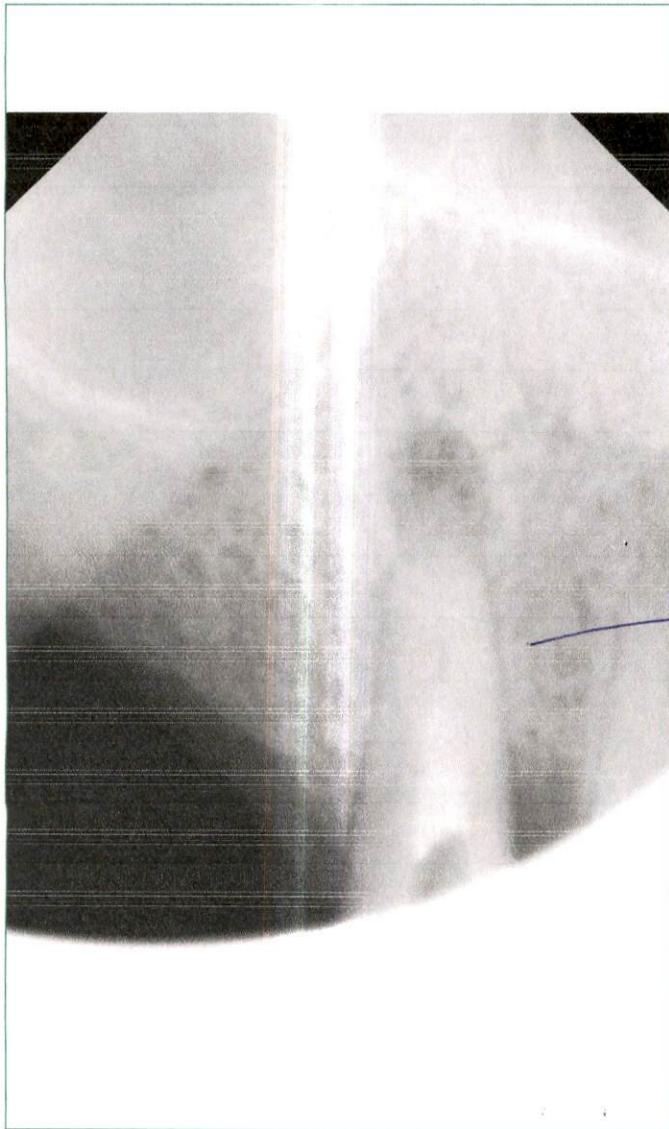
Commentaires existants [+]

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: Iahlali azzeddine Gender: Homme Age: 0Y

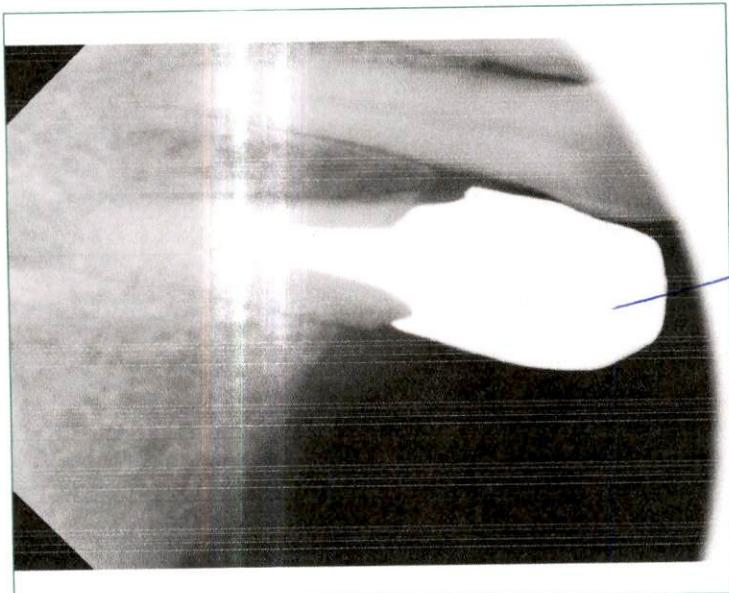


Dr. BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24 Rue 6, Dera Forara  
Casablanca

09/01/2024

Chart No: 20231218\_133238

Name: lahlali azzeddine Gender: Homme Age: 1Y



13  
Apuis

Dr. BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue S. Larb Fokara  
Casablanca

Centre Dentaire  
Dr. Benjelloun Saad  
Médecin Dentiste



مركز طب الأسنان  
الدكتور ابن جلون سعد  
طبيب أسنان

Facture N°: 901/2024

Dr. BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Fokara  
Casablanca - Casablanca

Je soussigné, ..... Certifié envoie reçu Monsieur  
Lahlahi ..... Pour:

Azeddine

- 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 et dirhams

BMCE Agence Habous

Compte N°: 6401178000 0034 2000 0084 1176

Dr. BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Fokara  
Casablanca - Casablanca