

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-817115

PEC  
Case  
Porte

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 12511		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MAACH SAIF EDDINE A74116		
Date de naissance : 28/09/1986		
Adresse : RUE MILIA RESIDENCE DU PARC		
APOT 44 MOHAMMEDIA		
Tél. : 06 61 14 66 28 Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 05/09/2023		
Nom et prénom du malade : Maach Saif Eddine Age : 37		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même		
Nature de la maladie : Dentiste de MUPRAS		
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 : MOHAMMEDIA  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/09/2023



# CENTRE DENTAIRE CHERIF

Dr. Khouloud CHERIF

Chirurgien Dentiste

Diplômée de la Faculté de Médecine  
Dentaire Hassan II - Casablanca

CES en dentisterie laser à l'université de Gênes  
Soins et prothèse dentaire - Orthodontie - Blanchiment  
Laser - Implantologie - Pédodontie  
Radiologie dentaire ( RVG, panoramique )



الدكتورة خلود شريف

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان الدارالبيضاء  
شهادة الدراسات العليا في العلاجات

بالليزر جامعة جينوا

علاج - أشعة - جراحة - تقويم - ليزر

تقويم اعوجاج الأسنان - تبييض و زراعة الأسنان

## ORDONNANCE

Mohammedia le : 21.2.23 ..... المدينة :

Je soussignée , DR. KHOULOUS CHERIF  
Chirurgien Dentiste  
717, Bd. La Résistance Hassania , certifie avoir  
reçu la somme de 4000 dirhams ( Quatre  
Mille dirhams ) de M<sup>R</sup> Maach Saif  
Eddine .

et ce pour :

- Exécution zircone sur la 56 .  
celle - ci est délivrée à l'intérêté pour  
servir et faire valoir ce que de droit

717, Bd. la Résistance Hassania 1  
Mohammedia  
Tél : 0523.28.00.66



ICE : 001745823000026

TP : 39311532

IF : 40430698

CNSS : 9754640

INP : 094169703

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 05/09/2023

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 125.11 E-mail : SMAACH@ROYALAIRMAROC.COM Phones : 06.61.14.66.28

Nom et Prénom de l'adhérent : MAACH SAIF EDDINE

Nom et Prénom du bénéficiaire : MAACH SAIF EDDINE

Dr. Khouloud CHERIF  
Chirurgien Dentiste

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Khouloud CHERIF, Chirurgien Dentiste

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Maach Saif Eddine

Nécessite une prothèse Zirconium sur la 1.6

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 200

Une hospitalisation de (approximatif) .....

A (préciser l'établissement hospitalier) .....

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

N° Dossier: 174116 

N° Dossier externe: PEC-12511/06-09-23

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: MAACH SAIF EDDINE

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 06-09-2023 

Date de fin: 

Date de saisie: 06-09-2023

Événement: 

#### Commentaires pour l'édition

**Ajouter**

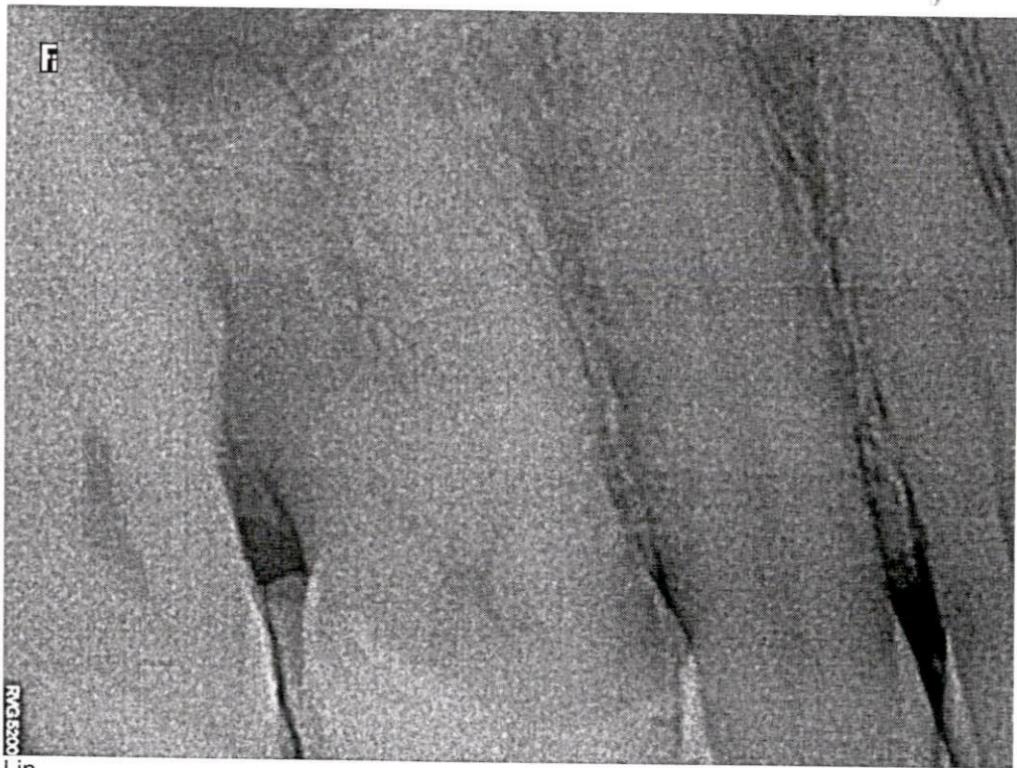
#### Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
08-09-2023	prestataire non conventionné

#### Commentaires existants

Date	Type	Commentaire
08-09-2023	Manuel	ACC D180 CCM 16 S/R RX APRES DR KHOULOUD CHE

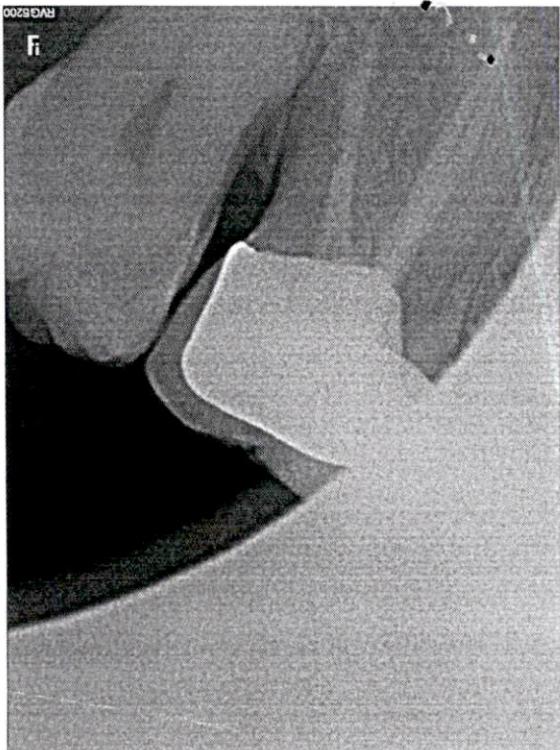
maach saif eddine 02/08/2023 # 16



RVGB200

Lin

CS Imaging Software V7.0.0.20



Lin  
CS Imaging Software V7, 0, 0, 20