

# 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.

Les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## Diagnostique 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

W21-839680

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8224 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHID Mohamed

Date de naissance : 30-06-1962 19-18-39

Adresse : 76 LILAS PARK Sahel

Tél. : 06/20067 Total des frais engagés : 2300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2024

Nom et prénom du malade : CHAHID Halos Age : 26

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Sans Dentaire

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 : Casa Le : 01/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] [Signature]



VOLET ADHERENT



[illegible][illegible][illegible]

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ICE : 002973877000078  
IF : 97361122  
INPE : 094194461



Docteur A. Jalal Tamsamani M.

CABINET DE DENTISTERIE ESTHETIQUE ET D'IMPLANTOLOGIE

Casablanca : 12/02/2024

## Note d'honoraire N°: 4-F-2024

Mme CHAHID Hala

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
DETARTRAGE COMPLET SUS ET SOUS-GINGIVAL	D708	D 12	Toutes	300,00 DH
COMPOSITE 1 FACE	D700	D 10	17	400,00 DH
COMPOSITE 1 FACE	D700	D 10	27	400,00 DH
COMPOSITE 2 FACES	D701	D 10	37	600,00 DH
COMPOSITE 2 FACES	D701	D 10	47	600,00 DH
			<b>TOTAL</b>	<b>2 300,00 DH</b>

Dr. Ahmed JALAL TEMSAMANI MOKADDEM  
Mode règlement : *Espèce*  
Angle P: Mohamed Taha et Lahcen Omar  
Immeuble N°2, DC N°5, Oasis - Casablanca  
Tél: 05 22 25 25 37 - 06 24 12 30 30

ICE : 002973877000078  
IF : 97361122  
INPE : 094194461

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Deux mille trois cent MAD

Dr. Ahmed JALAL TEMSAMANI MOKADDEM  
Médecin Dentiste  
Angle P: Mohamed Taha et Lahcen Omar  
Immeuble N°2, DC N°5, Oasis - Casablanca  
Tél: 05 22 25 25 37 - 06 24 12 30 30  
**Signature du praticien**

Casablanca : 12/02/2024

Note d'honoraire N°: 4-F-2024

Angle Rues Mohamed Taha et Lahcen Omar, Immeuble N°2, Rez-de-Chaussée N°5,  
Oasis - Casablanca

Mme CHAHID Hala

Tél : 05 22 25 25 37 / 06 24 12 30 30

Email : doctemsamani@gmail.com

Nom de l'acte	Code	clé+Coeff	Dent(s)	Montant
---------------	------	-----------	---------	---------