

## 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

### 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 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

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

W21-837148

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12636 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABDOUN ISSAM  
 Date de naissance : 27/09/1984  
 Adresse : Immeuble californie youssa 11 appt 11 etg 2, Ain chok Casablanca  
 Tél. : +212 66122 0872 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur LEMSEFFER GHALI  
 Chirurgien Dentiste  
 Résidence Immeuble Californie, Immeuble  
 Yakout 1, Local N° 1 Casablanca  
 Tél : 05 22 21 22 80 / 06 52 52 51 14  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 16 / 01 / 2024  
 Nom et prénom du malade : ABDOUN ISSAM Age : 36  
 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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

PRAFR05/V2/20-10-2023

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

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	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX	
		Detravage dentaire sans dispositif fixe et bas en 2 séances	D 24	600,00	Dgu	
	3	7	ob/composite)	D15	500,00	MONTANTS DES SOINS
	4	7	ob/composite)	D15	500,00	2600,00
	1	6	ob/composite)	D15	500,00	DEBUT D'EXECUTION
	1	5	ob/composite)	D15	500,00	16/01/2024
			Total:	2600,00	FIN D'EXECUTION	
					20/01/2024	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				Coefficient DES TRAVAUX	
	<div style="text-align: center;">             H              25533412    21433552              00000000    00000000              D ————— G              00000000    00000000              35533411    11433553              B           </div>				MONTANTS DES SOINS	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



CLINIQUE DENTAIRE  
CALIFORNIE

Casablanca le : 28/01/2024

FACTURE ABDOU N ISSAN

Reçu la somme de 2600,00 dirhams relatif à  
la réalisation de soins dentaires pour N. ABDOU N  
ISSAN .

Arrête la présente facture à la somme de  
Deux mille six cents dirhams T.T.C (2600,00  
dirhams T.T.C)

Docteur LEMSEFFER GHALI  
Chirurgien Dentiste  
Résidence Jnane Californie, Immeuble  
Yakout 1, Lot N° 1 Casablanca  
Tél : 05 22 21 22 80 / 06 52 52 51 14

+212 5 22 21 22 80 / +212 6 52 52 51 14

cliniquedentairecalifornie@gmail.com

Résidence Jnane Californie, Yakout 1 Magasin N°1