

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-0023192

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698 Société : 198367
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUMZAIEG Lahoucine
 Date de naissance : 02/07/1953
 Adresse : Lot Sidi Abderrahmane Rue 29 N°6
 Tél. : 0633529200 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr TAJI Mohamed
 Chirurgien Dentiste
 291, Rue Mustapha El Mâani
 Tél. 0522 20 56 29 - Casablanca
 Date de consultation : 02/02/2024
 Nom et prénom du malade : BOUMZAIEG Lahoucine
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : qu'il s'agit d'une pathologie chronique
 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 : CAS A. Le : 08/03/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

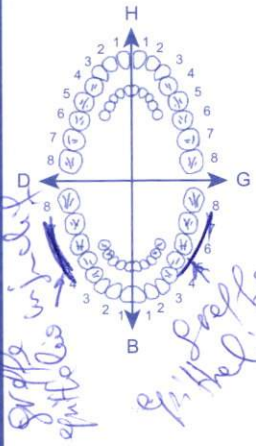
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		Grafte		CCEFFICIENT DES TRAVAUX 40
		epithelialis	20	
		injection		
				MONTANTS DES SOINS 8000,-
				DEBUT D'EXECUTION 01/02/2024
				FIN D'EXECUTION 28/02/2024

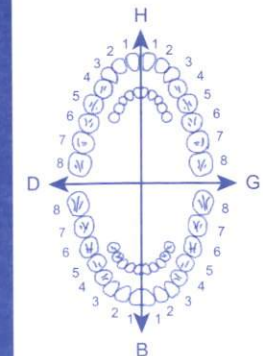
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

Dr TAJI Mohamed

Chirurgien Dentiste

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

291, Rue Mustapha El Mâani
Tél: 0522 20 56 29 - Casablanca

Diplome d'orthopedie dento-faciale (Dijon)

Diplome de biomateriels et systemes

implantaire (Bordeaux)

Diplome de radiologie dentaire et

maxilo-faciale.

Diplome de management du cabinet dentaire.



مركز طب الأسنان المعاني

دبلوم تكوين الأسنان صيغون (فرنسا).

دبلوم تخصص الأسنان صيغون (فرنسا).

دبلوم التصوير بالأشعة الراديولوجية للأسنان.

دبلوم تدبير عيادة طب الأسنان.

Casablanca, le 28/02/2024

Patient(e): M. BOUMZAIRIG lahoucine

FACTURE N° 1426M2020

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
greffe Epithelio conjonctif infe D		4 000,00 DH
greffe Epithelio conjonctif inf G		4 000,00 DH
TOTAL		8 000,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Huit mille DH

Signature du Praticien

Dr TAJI Mohamed
Chirurgien Dentiste291, Rue Mustapha El Maani
Tél: 0522 20 56 29 - Casablanca

291, زنقة مصطفى المعاني الدار البيضاء، الطابق الثاني، الهاتف: 05 22 20 56 29 / 05 22 26 74 03

الضريبة المهنية: 34202234 - الضريبة المضافة: 43803105 - الضمان الإجتماعي: التعريف الموحد: 001687442000063

291, Rue Musatapha El Maani - Casablanca - Tél: 05 22 20 56 29 / 05 22 26 74 03 - E-mail: d.m.taji@gmail.com

Patente: 34202234 - IF: 43803105 - CNSS:

- ICE: 001687442000063